様式第１号

苦　情　申　立　書

申立書作成日：　　年　　月　　日

埼玉県国民健康保険団体連合会理事長　様

※太線内をご記入下さい。

１　この申立書を書いた人（苦情申立人）

ふりがな 氏名	年齢　歳	電話番号	（　　）　－
		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日
住所	〒		
被保険者との関係	１．本人　２．配偶者　３．子　４．兄弟姉妹　５．親　６．他の家族　７．友人等 ８．ケアマネジャー　９．民生委員　10．主治医　11．サービス事業者 12．その他（　　）　※いずれかに○印を付けて下さい。		

２　不適切なサービスを受けた人（被保険者）

ふりがな 氏名	年齢　歳		電話番号	（　　）　－	
			生年月日	明・大・昭　年　月　日	
住所	〒				
保険者番号		被保険者番号		要介護度	

※苦情申立人ご本人の場合、氏名・住所・電話番号・生年月日は、記入不要です。

下記のとおり介護サービスに係る苦情を申し立てます。

記

苦情に係る事実のあった日	年　月　日　～　年　月　日		
事業所名		電話番号	（　　）　－
		事業所番号	
住所	〒		

申立趣旨

※この苦情申立に係る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。