様式 2

苦 情 申 立 書

申立書作成日：平成　　年　　月　　日

北海道国民健康保険団体連合会
介護サービス苦情処理委員　殿

1. この申立書を書いた人（申立人）

氏　名 (フリガナ)	年齢　　歳	電話番号	
住　所	〒		
被保険者又は受給者との関係	1 本人　2 配偶者　3 親 子　4 兄弟　5 嫁　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○		

2. 不適切なサービスを受けた人（被保険者又は受給者）

氏　名 (フリガナ)		電話番号 生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
住　所	〒		
被保険者番号		受給者番号	

※申立人本人の場合は、氏名･電話番号・住所は、記入不要。
被保険者番号や受給者番号がわからなければ、記入しなくても結構です。

下記のとおり介護サービスの適用に関する苦情を申立てます。

記

苦情にかかる事実のあった日	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日		
事業者名		電話番号	
申立趣旨			

事務局使用欄
・経路：＿＿＿＿＿＿　・事前相談：有/無　・担当委員：＿＿＿＿＿＿　・添付資料：有/無
・代筆：有(口頭、電話、手紙、fax、E-mail)/無

事業者コード	県コード	市町村コード	区コード

県	年	月	受付番号		