様式２（第７条関係）

苦 情 申 立 書

申立書作成日：令和　　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会　様

1　この申立書を書いた人（申立人）

(フリガナ) 氏　名	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　4 子　5 兄弟　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 従事者 13 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）

(フリガナ) 氏　名		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し立てます。
なお、本件に関する指導･助言の内容を裁判や訴訟には用いません。

記

苦情にかかる事実のあった日	令和　　年　　月　　日　～　令和　　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

受付番号