

## 苦情申立書について

本会が行っている、介護サービスに係る苦情処理業務は、介護サービスの質の向上に役立てることを目的としておりますので、場合によっては取り扱えないこともあります。苦情申立にあたりましては、**国保連合会における苦情処理業務概況**をご覧ください。「苦情申立書」に記入し、本会介護・障害者支援課企画苦情係まで送付ください。

また、苦情処理を遂行するにあたり、知り得た個人情報を使用することから、「同意書」について、趣旨をご理解のうえ署名押印のうえ同封願います。

### 苦情申立書の記入方法

#### 申立書作成日

「苦情申立書」を作成した日付を記入してください。

#### 1. この申立書を書いた人（申立人）

氏名、年齢、電話番号、住所を記入してください。内容確認や結果調査の際に必要となりますので必ず記入してください。苦情申立てにおける匿名はお受けできません。

#### 2. 不適切なサービスを受けた人（被保険者又は受給者）

苦情を申し立てる介護サービスを利用された方の氏名、生年月日、住所を記入してください。申立人本人の場合は記入不要です。

#### 申立て欄

##### 苦情にかかる事実のあった日

苦情等を申立てる事実のあった年月日を記入してください。長期にわたっている場合はその期間を記入してください。

##### 事業者名

介護サービスを提供した事業所名を記入してください。

##### 電話番号

介護サービスを提供した事業所の電話番号を記入してください。

##### 申立趣旨

苦情を申立てる事実を簡潔に記入してください。

書ききれない場合は A4 版の用紙に記入し添付願います。

#### 苦情申立書の送付先

所在地 〒060-0062 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館

北海道国民健康保険団体連合会 介護・障害者支援課 企画苦情係

電話 011-231-5161（内線 6110・6111）平日の午前 9 時から午後 5 時まで