

様式2号

苦情申立書

申立書作成日: 年 月 日

大阪府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	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 4.子 5.兄弟姉妹 6.子の配偶者 7.他の家族 8.友人等 9.ケアマネジャー 10.民生委員 11.主治医 12.サービス事業者 13.その他 () ※いずれかに○	

2. サービス利用者およびサービス利用希望者(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。

記

苦情にかかる事実のあった日	年 月 日～	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: _____ ・送付資料: 有/無 _____

・代筆: 有(口頭、電話、手紙、fax、E-mail)/無 _____

事業者コード 都道府県コード 市町村コード 区コード

--	--	--	--	--	--

大阪府 年 月 受付番号