

(様式1)

### 苦 情 申 立 書

令和 年 月 日

長野県国民健康保険団体連合会  
介護サービス苦情処理委員会 宛

申立人	氏名	(男・女)						
	電話番号							
	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.同居家族 7.2~6以外の同居者 8.友人 9.介護支援専門員 10.民生委員 11.主治医 12.匿名 13.その他 ( )						
被保険者 (利用者) ※ 本人申立の場合、氏名・電話番号・住所は記入不要	氏名	(男・女)			要介護度			
	生年月日	M・T・S	年	月	日	被保険者番号		
	電話番号							
	住所	〒 -						

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

苦情にかかる事実があった日		令和 年 月 日
事業者	事業者名	
	電話番号	
	所在地	
申立趣旨		
事業者に対して本人の氏名等を明らかにすることについて ※ 事業者に対して本人の氏名等を明らかにすることについて「不可」とされた場合、本件は事業者への情報提供とさせていただきます。		1.可 ・ 2.不可

※本件に係る指導・助言の内容を裁判や訴訟には用いません。

秘密は厳守されます。相談は無料です。