様式第74号

苦情申立書

申立書作成日：　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　様

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　ケアマネージャー  9　民生委員　10　主治医　11　サービス事業者  12　その他(　　　　　　　　　　)　　　　※いずれかに〇 | | |

2　被害を受けた人(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 | |  |

※申立人ご本人の場合は、氏名・電話番号・住所は、記入不要。

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 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |