

様式2（第6条第1項関係）

受付No. _____

苦 情 申 立 書

作成した日を記入してください。

令和 年 月 日

福島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委員長 様

申立てをされる方について記入してください。

申 立 人 氏 名 _____ (印)

申 立 人 住 所 _____ 〒 _____

連絡先電話番号 _____

介護サービスを利用されている方との関係を○で囲んでください。

被保険者との関係： 本人 配偶者 親子
兄弟 他の家族
ケアマネジャー 主治医
サービス事業者
その他 ()

下記について、苦情処理の調べ及び指導、助言をお願いいたします。

なお、「被保険者」については、介護保険サービスを利用されている方について記入してください。
「被保険者番号」は、「介護保険被保険者証」にてご確認のうえご記入してください。わからない場合は記入しなくても結構です。

被保険者番号																生年月日	明・大・昭	年	月	日
被 保 険 者 名															連絡先電話番号					
被保険者住所	〒																			
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								
事業者住所												〒								
申立書趣旨																				
内容は、いつ、どこで、誰がどのように対応したか等が分かるよう、できれば時系列にまとめてください。																				
また、書ききれない場合は、別紙に記入してください。																				
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												1. 明示してよい 2. 明示しない								

(別紙)

「申立書趣旨」について 1 ページ目に書ききれない
場合お使いください。

確 認 書

当連合会が行っている、介護サービスに係る苦情処理の業務は、以下の事案については対応していませんので、ご確認願います。

記

- 1.すでに訴訟を起している事案
- 2.訴訟が予定されている事案
- 3.損害賠償などの責任の確定を求める事案
- 4.契約の法的有効性に関する事案
- 5.医療に関する事案や医師の判断に関する事案
- 6.他の苦情申立て取扱機関に苦情申立てを行い、結果が判明している事案

以上

上記の件につきまして、確認いたしました。

福島県国民健康保険団体連合会 様

申立者の氏名を記入
してください。

令和 年 月 日

氏名 印

この同意書は、国保連合会が、介護サービス事業者等への調査において、介護サービス利用者等に係る介護日誌等の諸記録を閲覧、その写しの提出及び口頭説明等により知り得た情報をもとに業務を処理するための書類になります。

同 意 書

苦情申し立てに関する調査及び審理等の目的において、本案件の処理が終了するまで、次のとおり、私の個人情報をを用いることに同意いたします。

- 調査過程において事業所が保有する個人情報を、福島県国民健康保険団体連合会へ提出すること。
- 福島県国民健康保険団体連合会が、調査過程において知り得た個人情報を、介護サービス苦情処理委員会に使用すること。
- 介護サービスの質をより向上させるため、指導・監督機関である福島県及び私の保険者（市町村）に、調査結果を通知すること。

令和 年 月 日

（サービス利用者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

サービス利用
者が書けない
場合、代行され
る方が記入し
てください。

（署名代行者）

氏 名 _____ 印

本人との関係 _____

署名代行の理由

[]

福島県国民健康保険団体連合会 様