

(様式1)

苦情申立書

年 月 日

木曾広域連合長 殿

被保険者	氏名	(男・女)	被保険者番号
	生年月日	年 月 日	
	電話番号	()	
	住所	〒 -	
申立人	氏名	(男・女)	
	電話番号	()	
	住所	〒 -	
※ 本人申立 の場合は 記入不要	被保険者 との関係	1. 配偶者 2. 親子 3. 兄弟姉妹 4. 同居親族 5. 左以外の同居者 6. 友人 7. 介護支援専門員 8. 民生委員 9. 主治医 10. その他 ()	

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		年 月 日
事業者	事業者名	
	電話番号	()
	所在地	
申立趣旨		
事業者に対し本人の氏名等を明らかにすることについて		可 ・ 不可

※「事業者に対し本人の氏名等を明らかにすることについて」を「不可」とされた場合は、
本件は事業者への情報提供とさせていただきます。