

## 苦 情 申 立 書

申立書作成日： 令和 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会 行

次のとおり介護保険サービスの提供に関する苦情を申し立てます。

**[1] 申立人（記入者）**

(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )  年 齢 歳	電 話 番 号	(日中の連絡先)	
住 所	〒			
利用者（当事者） との関係	1 利用者本人	3 その他の場合は下記の(1)から(3)の該当に○をしてください。 また、(3)の方の場合は( )に続柄等を記入してください。 ※なお、その他の場合は、利用者本人の同意が必要です。		
	2 法定代理人			
	3 その他	(1) 配偶者	(2) 親子	(3) その他 ( )

**[2] サービス利用者又はサービス利用を希望した者（当事者）**

(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )  年 齢 歳	生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒		電話番号 (携帯番号)
保険者名（市区町村）	被保険者証番号	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

※利用者（当事者）が申立者ご本人の場合氏名、住所、電話番号の記入は不要です。

**[3] 苦情の対象事業者等**

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	所在地・ 電話番号 〒 (TEL)
事業者番号	介護保険サービスの種類
申立の趣旨	
※なお、詳細は [4] 【苦情申立書別紙】に記入してください。	
<p><b>【個人情報に係る承諾及び同意】</b> 私は、苦情申立に伴う調査に関する必要な記録等個人情報に係る関係資料（以下「資料」という。）について、神奈川県国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）が、介護サービス提供事業者（以下「事業者」という。）に対して資料の提出を求め、また、事業者が国保連に対して、資料の提供を行うことを承諾します。この資料の中には、病歴、心身の機能の障害、医師等による健康診断その他検査の結果、医師等による指導及び診療・調剤の事実に関する要配慮個人情報が含まれます。</p> <p>また、国保連が取得した資料について、当該苦情申立に対する調査結果の取りまとめや指導助言事項等を審議等するため、国保連介護サービス苦情処理委員会において使用することに同意します。</p>	<p>[左記内容をご確認のうえ○印を記入してください。]</p> <p style="text-align: center;">承諾する</p> <hr/> <p style="text-align: center;">同意する</p>



**[4] 【苦情申立書別紙】**

\* 申立内容について簡潔に箇条書きでご記入ください。なお、申立事項については電話や面談等により再度確認させていただく場合があります。

<b>【事実関係・経緯】</b>
・ 令和    年    月    日

