

(様式第2号)

苦情申出書

横浜市福祉サービス協会
苦情解決総括責任者 宛

令和 年 月 日

受付 No.

フリガナ 申出者 氏名		電話番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
連絡先住所	〒 -		
当事者との 関係	1. 本人 2. 家族 () 3. ケアマネ 4. 民生委員 5. その他 ()		

フリガナ 本人氏名 (申出者と異なる 場合に記入)		介護保険 被保険者番号	
		生年月日	明・大・昭 年 月 日
連絡先住所 電話番号	〒 -		

下記の通り苦情を申し出ます。

苦情の原因となる事実の あった日・場所・サービス	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	()		
第三者委員へ の報告の要否	要 ・ 否	苦情解決責任者との 話し合いへの 第三者委員の助 言、立会の要否	要 ・ 否
苦情の内容			
希望の内容			
※協会記載欄			責任者 担当者 受付者