

介護サービス苦情申立書の記入方法

申立書作成日

「介護サービス苦情申立書」を作成した日付を記入して下さい。

1. 利用当事者

苦情を申立てる介護サービスを利用された方の**氏名、生年月日、住所等**を記入して下さい。

※ 利用当事者が申立人の場合、**住所、電話（携帯）番号**は、内容確認や結果通知の際に必要になりますので、必ず記入して下さい。**保険者名、被保険者証番号**がわからない場合は、記入しなくても構いません。

2. この申立書を書いた人（申立人）

電話（携帯）番号、住所等は、内容確認や結果通知の際に必要なになりますので、必ず記入して下さい。申立人が利用当事者（ご本人）の場合は、「**利用当事者との関係**」欄の「**1 利用者（本人）**」に○をして下さい。**氏名、電話（携帯）番号、住所**は、利用当事者欄で記入しているため記入する必要はありません。

申立人が利用当事者でない場合は、「**利用当事者との関係**」欄の該当する箇所に○をして下さい。4、5、6については「（ ）」内に利用当事者との関係を下の例を参考にして記入して下さい。

例）「4 その他親族」とは、兄弟姉妹、子の配偶者、他の家族等

「5 福祉関係者」とは、ケアマネジャー、民生委員、主治医、サービス事業者等

なお、代理人（2、3、4、5、6）の場合は、利用当事者の同意が必要です。

3. 苦情の概況及び申立内容

①苦情に係る事実のあった日

苦情等を申立てる事実があった年月日を記入して下さい。長期にわたっている場合は、その期間を記入して下さい。

②事業所番号

介護サービスを提供したサービス事業者の事業所番号を記入して下さい。

不明の場合は記入しなくても構いません。

③事業所名

介護サービスを提供した事業者の事業所名を記入して下さい。

④サービス分類、サービス種類

裏面の<サービス分類・種類一覧表>から該当するサービス分類とサービス種類を選んで記入して下さい。

⑤申立内容

申立内容については、問題点等を箇条書きにいただき、いつ、誰が、どこで、何を、どうした、ということが不満・不服であるか等を記入して下さい。

書ききれない場合は別紙に記入し、併せて「別紙」欄の「有」に○をして下さい。

4. 本会で取り扱うことができない事案

下記の事案については、本会では取り扱うことができません。

- ① 指定基準違反の事案
- ② 要介護認定又は要支援認定に関する不服審査対象の事案
- ③ 既に訴訟を起こしている事案
- ④ 訴訟が予定されている事案
- ⑤ 損害賠償等の責任の確定を求める事案
- ⑥ 契約の法的有効性に関する事案
- ⑦ 医療に関する事案や医師の判断に関する事案等（医療内容・医療制度等）

5. 個人情報の収集及び利用の同意

【申立人が利用当事者（本人）の場合】

説明内容に同意する場合は「同意する」を○で囲んで下さい。

※ 同意できない場合は、苦情処理を行えない場合があります。

【申立人が利用当事者以外の場合】

1 申立人の個人情報の取り扱いについて、説明内容に同意する場合は「1について同意する」に○をして下さい。

2 利用当事者以外の方が苦情申立を行うこと及び利用当事者本人の個人情報の取り扱いについて、利用当事者の同意を得た場合に「2について利用当事者の同意を得た」に○をして下さい。

※ 利用者当事者の同意がない場合、申立の受理を保留させていただくことがあります。

<サービス分類・種類一覧表>

サービス分類	サービス種類		
介護	1 居宅介護支援		
	2 訪問介護	3 訪問入浴介護	4 訪問看護
	5 訪問リハビリテーション	6 居宅療養管理指導	7 通所介護
	8 通所リハビリテーション	9 短期入所生活介護	10 短期入所療養介護
	11 特定施設入居者生活介護	12 福祉用具貸与	
	13 指定介護老人福祉施設	14 介護老人保健施設	15 指定介護療養型医療施設
地域密着型	16 夜間対応型訪問介護	17 認知症対応型通所介護	18 小規模多機能型居宅介護
	19 認知症対応型共同生活介護	20 地域密着型特定施設入居者生活介護	
	21 地域密着型介護老人福祉施設	22 介護予防認知症対応型共同生活介護	
	23 介護予防認知症対応型通所介護	24 介護予防小規模多機能型居宅介護	
	25 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	26 複合型サービス	
介護予防	27 介護予防支援		
	28 介護予防訪問介護	29 介護予防訪問入浴介護	30 介護予防訪問看護
	31 介護予防通所介護	32 介護予防訪問リハビリテーション	
	33 介護予防居宅療養管理指導	34 介護予防短期入所生活介護	
	35 介護予防短期入所療養介護	36 介護予防特定施設入居者生活介護	
	37 介護予防通所リハビリテーション	38 介護予防福祉用具貸与	

介護サービス苦情申立書の送付先及び問合せ先

所在地 〒 850-0025 長崎市今博多町 8 番地 2

長崎県国民健康保険団体連合会

介護保険課 介護相談担当

電話 095-826-1599

受付時間：平日の午前 9 時から午後 5 時まで