

様式 1

社会福祉法人清瀬市社会福祉協議会 苦情申出書

申出書作成日：平成 年 月 日

社会福祉法人清瀬市社会福祉協議会 様

下記のとおり福祉サービスに関する苦情を申し出ます。

○ 苦情を持つ人（当事者）

| | | | |
|---------------|----------------------|------|------------------|
| (ふりがな) 氏 名 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 - 電話番号 () 携帯番号 | | |
| 連絡先住所 | 〒 - 電話番号 () 携帯番号 | | |
| 苦情に係る事実のあった日 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | |
| 苦情のあるサービスの種類 | | | |
| (苦情の内容) | | | |

○ この申出書を書いた人（申出人）

| | |
|---------|---|
| 当事者との関係 | 1. 本人 2. 配偶者 3. 子 4. 兄弟 5. 子の配偶者 6. 他の家族 7. 知人 8. ケアマネージャー 9. 民生委員 10. その他 () |
|---------|---|

本人以外の場合は、以下も記入ください。

| | | | |
|---------------|-----|--------------|-----|
| (ふりがな) 氏 名 | | 電話番号 携帯番号 | () |
| 住 所 | 〒 - | | |
| 連絡先住所 | 〒 - | | |

| 受 付 日 | 受付担当者 | | 解決責任者 |
|---------|------------------------|---|-------|
| | | | |
| 申出人への確認 | 第三者委員への報告の要否 | 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 [] | |
| | 話し合いへの第三者委員の助言、立ち合いの要否 | 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 [] | |