

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：令和 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	年 月 日 ~ 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、立ち会いの要否	要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 確認欄 [ ]	