

苦情申立書

申立書作成日：平成 年 月 日

東京都国民健康保険団体連合会 行

下記のとおり 介護保険サービス 介護予防・日常生活支援総合事業 の提供に関する苦情を申し立てます。

記

1 申立人（この申立書を書いた人）

フリガナ 氏名	(男・女)	電話番号	自宅：	
	年齢 歳		携帯：	
住所	〒			
利用当事者 との関係	下記の1～5のいずれかに○をしてください。			
	1 利用当事者	2 配偶者	3 子	4 その他親族 ()

※電話番号は、日中連絡できる電話を記入してください。

2 利用当事者

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	明・大・昭 年 月 日
住所	〒		
要介護状態区分等	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 事業対象者	電話番号	
保険者名 (区市町村名)		被保険者番号	

※保険者名や被保険者番号がわからなければ、記入しなくても結構です。

※申立人が利用当事者の場合、氏名、電話番号、住所の記入は不要です。

3 苦情対象事業所・サービス種類等

介護サービス利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
事業所番号	(不明の場合は記入しなくても構いません。)	事業所名	
サービス分類	介護・介護予防・地域密着型・総合事業	サービス種類	

個人情報の利用等に係る同意書

東京都国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)が下記1の利用目的のために利用当事者及び申立人の個人情報を利用すること及び下記2の事項について同意します。

平成 年 月 日

利用当事者	印	申立人	印
-------	---	-----	---

※利用当事者が亡くなっている場合は、利用当事者欄の記入は不要です。

記

1 個人情報の利用目的

連合会は、個人情報保護法及び連合会が定める規則に従って、以下の利用目的の達成に必要な範囲で、個人情報を適切に取り扱います。

- (1) 介護保険法第176条第1項第3号の規定に基づく苦情対応(調査、検討及び指導助言を含む。)又は区市町村長からの依頼に基づく「介護予防・日常生活支援総合事業」の苦情対応を行うため。
- (2) 利用当事者の保険者、苦情対象となった介護サービス事業所所在地の区市町村及び東京都との間で苦情に係る必要な連絡調整を行うため。
- (3) 苦情対応の向上のために連合会内において苦情事例の分析研究及び職員研修を行うため。
- (4) 苦情の防止又は解決のために一般の介護サービス事業者及び利用者等に対して苦情に係る情報の提供、啓発又は研修を行うため(匿名化した情報の利用に限る)。

2 個人情報に関する同意事項

- (1) 前記1(1)の苦情対応のために、連合会が、利用当事者、申立人、苦情対象となった介護サービス事業者及び関係する事業者・機関から、利用当事者及び申立人の個人情報を取得収集すること。
- (2) 前記1(2)の連絡調整のために、連合会が、利用当事者及び申立人の個人情報(苦情申立書及び指導助言書を含む。)を利用当事者の保険者、苦情対象となった介護サービス事業所所在地の区市町村及び東京都に提供すること。
- (3) 前記1(4)の情報の提供等のために、苦情申立、調査結果及び指導助言の概要を連合会作成の『東京都における介護サービスの苦情相談白書』等に匿名化した上で掲載し公表(インターネットによる提供を含む。)すること。

(注) 本書面における「個人情報」には、病歴、障害並びに医師等により行われた健康診断等の結果及び指導又は診療若しくは調剤に係る情報を含みます。