

川崎市介護保険苦情対応マニュアル

平成28年4月(改定)

川崎市健康福祉局長寿社会部

目 次

I 本マニュアルの位置付けと他機関との連携について	P 2
1 基本的な考え方	
(1) 神奈川県国民健康保険団体連合会の苦情対応標準マニュアルとの関係	
(2) 本マニュアルの目的	
2 他の関係機関との連携	
(1) 契約制度による保険者の対応可能範囲	
(2) 関係機関との連携	
II 介護保険サービスに係る苦情対応について	P 4
1 基本的な考え方	
2 苦情受付機関	
(1) サービス事業者等の苦情対応	
(2) 居宅介護支援事業者等の苦情対応	
(3) 川崎市の苦情対応	
(4) 地域包括支援センターの苦情対応	
(5) 国保連合会	
(6) 他の苦情受付機関との関係	
3 区役所における苦情受付等	
(1) 苦情申出者	
(2) 苦情受付	
(3) 対応方法	
(4) 苦情の記録	
(5) 苦情申立書の提出	
III 市の行政処分等に係る苦情対応について	P 8
1 基本的な考え方	
2 制度に関する苦情の例	
○様式関係	P 9
(様式第1号) 苦情申立書	
(様式第2号) 苦情申立送付書	
(様式第3号) 介護保険苦情対応記録票	
(様式第4号) 指定基準に係る苦情連絡票	
○巻末資料	
神奈川県介護保険審査会審査請求書	

I 本マニュアルの位置付けと他機関との連携について

1 基本的な考え方

(1) 神奈川県国民健康保険団体連合会の苦情対応標準マニュアルとの関係

介護保険の苦情に関する対応方法については、神奈川県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）が作成した「介護保険制度における苦情対応標準マニュアル」によって統一的に対応するものとされておりま

す。しかし、国保連合会のマニュアルは介護サービスの内容に関する苦情への対応に主眼を置いたものであることや、市町村内の対応方法についてまでは記載していないことから、これらの観点からの不足分を補う必要があります。

(2) 本マニュアルの目的

介護サービスの内容に関する苦情だけではなく、要介護認定、保険料の賦課といった本市の行政処分に関するものを含めた、介護保険制度全般に関する苦情への対応方法などの手順を定めておく必要があります。

2 他の関係機関との連携

(1) 契約制度による保険者の対応可能範囲

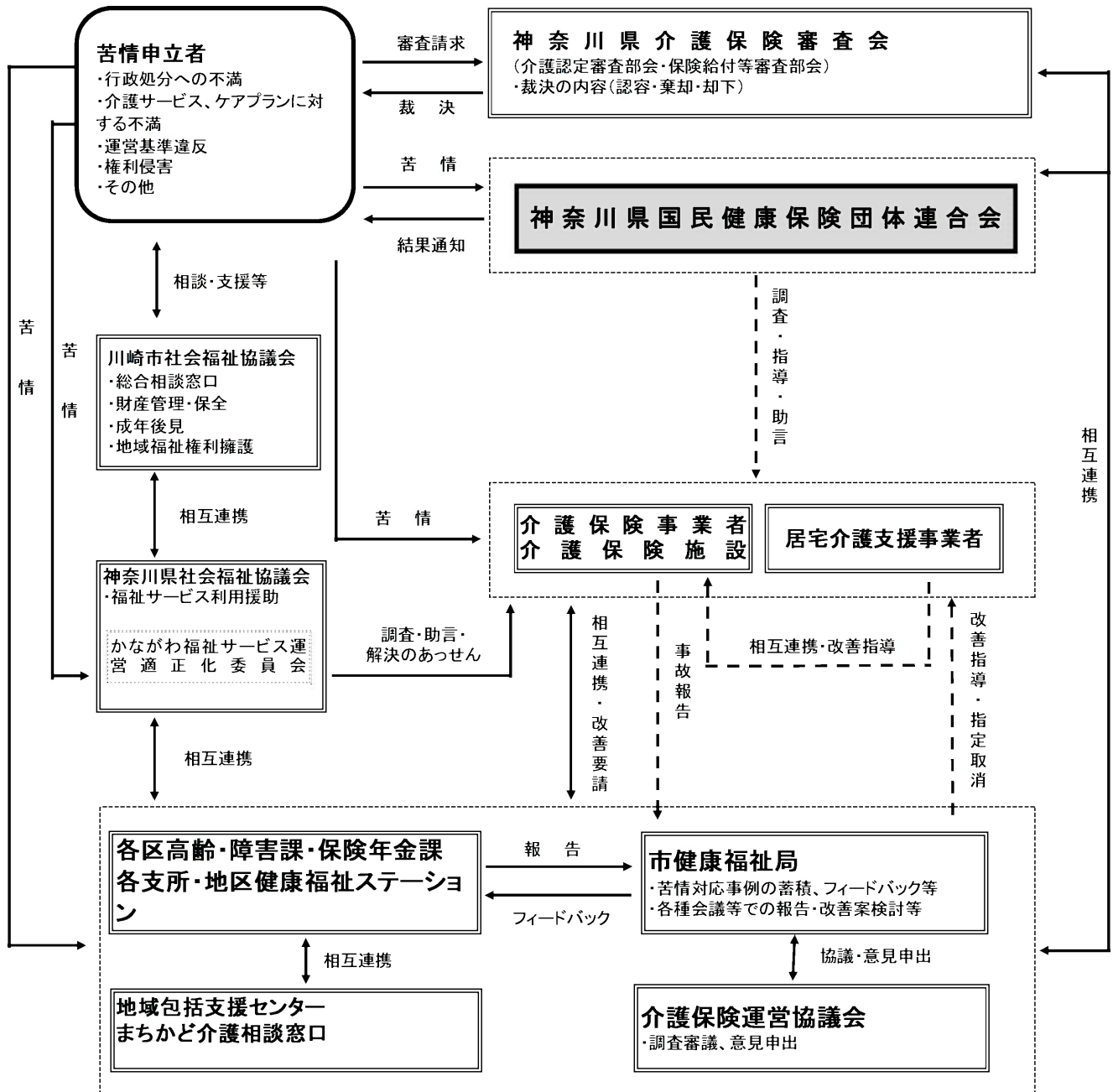
介護保険制度では、保険者である市による行政処分のほか、介護サービスについては、介護サービス提供に関する法律関係が利用者及び事業者との民法上の契約関係を基礎としていることから、保険者としての対応にも限界があります。

具体的には、苦情内容における個々の事実を各種介護サービス事業者指定基準に照らしつつ、問題がある場合には、事業者に対し指導や助言を行うことが基本となりますが、例えばサービス提供に際して利用者が死傷してしまうなど、当事者による円満な解決が困難な場合では、市には問題の所在や責任負担割合等を決定する権限はなく、他機関の助言等を踏まえた当事者間の示談等によるほか、最終的には司法の判断に委ねられます。

(2) 関係機関との連携

介護保険制度上の関係機関との関係を含め、本市の苦情対応システムを図で示すと次のような流れになります。

介護保険苦情対応システムの概要(イメージ)



II 介護保険サービスに係る苦情対応について

1 基本的な考え方

介護保険制度においては、利用者の選択に基づいて適切なサービスが提供されることを基本理念としていますが（介護保険法 第2条第3項）、その実現のためには、利用者が提供されたサービスに不満がある場合に苦情を申し出ることができ、それに対し関係機関が迅速かつ適切に対応することが重要となります。

苦情とは、「具体的な事象に対する不満、悩み、問題と感じていることを訴え、改善・解決を求めること」とされています。しかしながら、当初から「苦情の申出」と表明されないことや、さまざまな相談の中で「苦情」を主張されることが多いことなどから、その対応には十分な注意が必要となります。

各機関で受け付けられた苦情を解決していく取り組みを通じて、「サービスの質」の向上が推進されることをきちんと理解したうえで、適切な対応をすることが重要です。

苦情の申し出に対して適切な対応を図るために、国保連合会が示す「介護保険制度における苦情対応標準マニュアル」に沿って、本市の介護保険サービスに対する苦情対応の手順を示します。

2 苦情受付機関

川崎市においては、保険者の責務として、適切なサービスが提供されるよう、市民の身近にある区役所を介護保険サービスに関する苦情受付窓口として位置付け、健康福祉局と連携して対応するとともに、国保連合会とも連携し、介護保険サービスに関する利用者の苦情に対応していきます。

(1) サービス事業者等の苦情対応

介護サービスの提供は契約に基づくものであることから、その苦情はまず、利用者と当該サービスを提供した事業者又は介護保険施設（以下、「事業者等」という）の間における協議・調整で解決されることが望まれます。そこで、事業者等は自ら苦情窓口を設け、解決を図ることが義務付けられています（川崎市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例 第38条他）。

(2) 居宅介護支援事業者等の苦情対応

事業者等と利用者間で解決できない場合、居宅介護支援事業者等（介護予防支援事業者及び基準該当居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）はケアプランを作成した利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応し、解決を図ることが義務付けられています。

また、自ら提供した居宅介護支援及び介護予防支援についての利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応し、解決を図ることも義務付けられています（川崎市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営の基準等に関する条例 第29条他）。

(3) 川崎市の苦情対応

川崎市は、保険者として適切な介護保険サービスの提供を確保する観点から、介護サービスに関する苦情対応体制を整備します。また、指定基準違反等については指導監督権限を行使します（介護保険法 第76条他）。この場合は「指定基準に係る苦情連絡票（様式第4号）」を健康福祉局長

寿社会部高齢者事業推進課に送付します。

川崎市では、市民に身近な区役所が苦情受付窓口となり、利用者から苦情を受け付けた場合には、事実関係を確認し、必要に応じて、事業者等への連絡や調整等の対応を行います。さらに、国保連合会による調査、指導及び助言を必要とするときは、国保連合会に苦情申立を行うことができることを助言します。この場合、苦情申立は原則として本人が行うものとしませんが、苦情申立書の作成（代筆）等の支援を行います。

区役所は健康福祉局と連携して対応するものとし、健康福祉局は必要に応じて、介護保険法のほか老人福祉法等に基づく調査・指導等を行います。

(4) 地域包括支援センターの苦情対応

地域包括支援センターは、地域における高齢者の身近な総合相談窓口として位置付けられています。利用者から介護サービスに関する苦情があった場合、介護保険制度及び苦情対応の仕組みの説明をするとともに、必要に応じて区役所へ情報提供するなど、関係機関と連携して解決を図る役割を担います。

(5) 国保連合会

介護サービスの質の向上に関する調査や指導・助言を行う機関としては、国保連合会が位置付けられています（介護保険法 第176条第1項第3号）。

(6) 他の苦情受付機関との関係

区役所で苦情を受け付けた場合は、まず区役所で対応しますが、その苦情の内容により、関係機関と連携して対応します。

①国保連合会が対応する場合

- ア 苦情申立者の居住地と事業所の所在地が異なる場合
 - イ 権利関係が複雑で、高度な法律解釈等を要する場合
 - ウ 事業者等が悪質であり、調査等が難しい場合
 - エ 利用者が国保連合会への苦情申立を希望する場合
- 必要に応じて「苦情申立書（様式第1号）」を利用者に交付します。

②かながわ福祉サービス運営適正化委員会が対応する場合

福祉サービスに関する利用者等からの苦情を適切に解決するため、神奈川県社会福祉協議会に、社会福祉・法律・医療に関する専門家で構成される、かながわ福祉サービス運営適正化委員会が設置され、助言、調査のほか、解決のあっせんを行います。サービス利用者が希望する場合、必要に応じて、運営適正化委員会の連絡先を伝えます（社会福祉法 第83条他）。

3 区役所における苦情受付等

(1) 苦情申出者

基本的に利用者（被保険者）本人としますが、その家族、民生委員、関係するボランティア等の関係者からの苦情も受け付け、適宜、対応します。

(2) 苦情受付

苦情を受け付けた場合は、その内容をよく聴き、相手が最終的に何を求めているかを把握するよう努めます。苦情は、来庁以外に電話、郵送、FAXによるものも受け付けます。

(3) 対応方法

- ①利用者等の苦情が、制度の知識の不足や誤解等によると思われる場合は、その旨を説明するとともに、必要な資料の提供等により理解を得られるよう努めます。
- ②何らかの対応を必要とするときは、次の区分により対応するものとします。この場合、利用者等に対しては、今後の対応方針及び結果連絡の時期等について説明します。併せて、事業者等への確認や要請にあたり利用者の氏名等を明らかにしてよいかどうかを確認します（※氏名等を秘匿する場合は、十分な調査が行えない場合があることを伝えます。）

苦情の内容	対応の方策
1) サービスの改善を要する場合	次の①の対応を行い、効果のない場合は②及び③の対応を行う。 ①事業者等に確認し、改善を求める。 ②国保連合会に連絡し、調査・指導助言を求める。 ③居宅介護支援事業者等に連絡し、事業者変更等の対応策の検討を求める。
2) 指定基準に違反しているおそれがある場合	次の①の対応を行い、効果のない場合は②及び③の対応を行う。ただし、迅速な対応が必要な場合は、直接②の対応を行うことを妨げない。 ①事業者等に確認し、是正を求める。 ②健康福祉局に連絡・通報する。 ③必要により居宅介護支援事業者等に連絡する。
3) サービスの改善を要するとともに、指定基準違反のおそれがある場合	次の①の対応を行い、効果のない場合は②から④までの対応を行う。ただし、迅速な対応が必要な場合等は、直接②及び③の対応を行うことを妨げない。 ①事業者等に確認し、是正を求める。 ②国保連合会に連絡し、調査・指導助言を求める。 ③健康福祉局に連絡・通報する。 ④居宅介護支援事業者等に連絡し、事業者変更等の対応策の検討を求める。

(4) 苦情の記録

苦情を受け付けた場合は、作成基準に基づき、その内容を「介護保険苦情対応記録票」（様式第3号）に記録し、その後の経過についても必要に応じて記録するものとします。

【介護保険苦情対応記録票 作成基準】

「介護保険苦情対応記録票」（様式第3号）は、すべての案件に対して作成する必要はありませんが、申出者の訴えにおいて、①～③のすべてに合致しているもの、または④に該当するものとします。

- ①対象となる具体的な事象が存在すること
- ②本人が（精神的な被害も含め）具体的な被害を受けていること
- ③具体的な対策や改善が求められていること
- ④その他、それぞれの機関において重要と判断されたもの

(5) 苦情申立書の提出

上記の結果、国保連合会への苦情申立が必要となった場合は、申立の意思を確認し、「苦情申立書」（様式第1号）を、まず区役所に提出するよう依頼します。利用者による提出が困難な場合は利用者の意思を確認のうえ、区役所担当者が代筆して作成し提出するものとします（代筆者の氏名・連絡先を明記）。

苦情申立書の提出があった場合、または、代筆して作成した場合は、「苦情申立送付書」（様式第2号）に区役所の意見を記入するとともに、経過等を記載した「介護保険苦情対応記録票」（様式第3号）の写しを添付して、国保連合会に郵送、または、FAX等により送付します。

Ⅲ 市の行政処分等に係る苦情対応について

1 基本的な考え方

川崎市が保険者として行った次のような行政処分に不服がある場合は、神奈川県介護保険審査会に対して審査請求を行うことができます（介護保険法 第183条）。

- ・ 保険給付に関する処分（要介護・要支援認定に関する処分、被保険者証の交付の請求に関する処分、給付制限に関する処分等）
- ・ 保険料その他の徴収金に関する処分（保険料の賦課徴収に関する処分、不正利得に関する徴収金等に係る賦課徴収、保険料等の徴収金に係る滞納処分等）

審査請求は、正当な理由がない限り、処分の内容を知った翌日から3月以内に文書（巻末資料参照）又は口頭で行うことが原則です。詳しくは、神奈川県ホームページを御覧ください。

また、区役所をはじめ関係機関は、介護保険制度全般に関する苦情や不満についても、必要な説明や助言等に努めることが必要です。

要介護認定、保険料の賦課といった行政処分の他、制度の施行に伴う全般的な苦情や不満についても総合的に対応し、今後の課題としていくことにより、行政サービスを含めた「介護保険サービスの質」の向上が推進されることとなります。

2 制度に関する苦情の例

（1）要介護認定に関する処分の苦情

- ・ 介護給付が必要なのに非該当の処分を受けた。
- ・ 要介護度の低いランクの処分を受けた。
- ・ 要介護認定の区分変更申請が却下された。

（2）保険料に関する処分の苦情

- ・ 決定された保険料が納得できない。
- ・ 保険料の徴収方法が納得できない。
- ・ 保険料の滞納を理由に差し押さえ等の滞納処分を受けた。

（3）その他の苦情

- ・ 保険料を払いたくない。
- ・ 制度そのものに不満がある。
- ・ 制度に対する要望がある。
- ・ 窓口対応がよくない。
- ・ 介護保険の情報が少ない。

苦 情 申 立 書

申立書作成日：平成 年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会 行

次のとおり介護サービスの適用に関する苦情を申し立てます。
《サービス利用者又はサービス利用を希望した者》

(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日	明・大・昭・平	年 月 日
住 所	〒		電話番号	
被保険者証番号		受給者番号		

※被保険者証番号や受給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》

(フリガナ) 氏 名		電 話 番 号 (携帯番号)	
住 所	〒		
利用者等との 関係	1 本人	2 代理人	代理人の場合は下記の(1)から(4)のいずれかに○をして下さい。 なお、代理人の場合は、利用者本人についての同意が必要です。 (1) 配偶者 (2) 親子 (3) ケアマネジャー (4) その他()

苦情にかかる事実のあった日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
事業者名	所在地 TEL
サービスの種類・内容	
申立の趣旨	
※詳細は苦情申立書別紙にご記入下さい。	
【個人情報に係る承諾及び同意欄】 私は、苦情申立に伴う調査に関する必要な記録等個人情報に係る関係資料(以下「資料」という。)について、神奈川県国民健康保険団体連合会(以下「国保連」という。)が、介護サービス提供事業者(以下「事業者」という。)に対して資料の提出を求め、また、事業者が国保連に対して、資料の提供を行うことを承諾します。	〔該当する場合は○印をつけて下さい〕 承諾する
また、国保連が取得した資料について、当該苦情申立に対する調査結果の取りまとめや指導助言事項等を審議等するため、国保連介護サービス苦情処理委員会において利用することに同意します。	同意する
【事業者への氏名等の秘匿の要否欄】 (代理人が苦情申立を行う場合) 【苦情申立を行うことについての利用者の同意】	秘匿する・秘匿しない 利用者の同意を得た

事務局使用欄

・経緯： 事前相談：有/無 担当委員： 添付資料：有/無
・代筆：有(口頭、電話、手紙、FAX、E-mail)/無

--	--	--	--

事業者コード 県コード 市町村コード 区コード

--	--	--	--	--	--

県 年 月 受付番号

【申立書別紙】

A large rectangular area defined by a solid black border. Inside this area, there are 22 horizontal dashed lines spaced evenly, creating a template for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the box.

〔苦情申立書を提出する際の注意点について〕

神奈川県国民健康保険団体連合会
介護保険課 介護苦情相談係

- 1：「苦情申立書」の下欄にあります、【事業者への氏名等の秘匿の要否】につきましては、必ず記載して下さい。
- 2：「苦情申立書別紙」に事実関係及び本会に調査してほしい事項等について記載して下さい。
- 3：支障のない範囲で結構ですので、契約書等の関係資料（写し）もご送付下さい。
- 4：お申し出の内容に基づき、事実関係等の調査を行い、できるだけ早く調査結果を文書にて通知いたしますが、正確かつ公平な調査を行うため、結果通知に2ヶ月程度かかることがありますことをご承知お下さい。
- 5：本会が行う調査及び指導助言は、介護保険制度における介護サービスの質の向上に資するための調査等であり、苦情の内容によっては苦情申立が受理できない場合があります。（下記の「苦情申立として受け付けられない主な事案」を参照下さい。）
また、事業者・施設側の過失責任の有無等法律上の責任を判断するための調査等ではないことをご了承下さい。
- 6：本会の調査は、事業者・施設への聞き取りを中心に行います。事業者・施設側と申立をされた方（ご家族等）の主張に食い違い等が生じた場合、事実等を特定することができない場合があることを併せてご了承下さい。また、申立者と事業者・施設間の調整や斡旋はいたしません。
- 7：調査中に訴訟が提起された場合は、その時点で調査を中止する場合がありますので予めご了承下さい。（訴訟を提起した場合は、速やかに本会までご連絡下さい。）

苦情申立として受け付けられない主な事案

- (1) 損害賠償の責任の確定（過失の有無）を求める事案
- (2) 契約の法的有効性に関する事案
- (3) 医療に関する事案及び医師の判断に関する事案
- (4) 市町村その他の苦情処理機関で調査が行われている事案又は必要な調査が終了した事案
- (5) 既に訴訟が提起されている事案

※苦情申立書を提出する際は、事前に下記までご連絡下さい。

連絡先：

〒220-0003

横浜市西区楠町27-1

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係

電話 045-329-3447

FAX 0570-033110

苦 情 申 立 送 付 書

年 月 日

神奈川県国民健康保険団体連合会

介護苦情相談課長 様

別紙のとおり苦情申立がありましたので、調査、指導及び助言をお願いいたします。
 なお、当方で行った対応は、次のとおりです。

送 付 者	送 付 者 名			
	所 在 地			
	担 当 部 署		担 当 者	
	連 絡 先	TEL ()	FAX ()	
	利用者等の相談及び 送付者が行った対応			
	必要な指導・助言等 に対する意見(国保連等 が行う対応について 記入)			
	指定基準違反の確認	1. 違反の疑いの有無	有 ・ 無	
		2. 具体的内容		

介護保険苦情対応記録票

受付日 年 月 日

担当者					

受付場所					対応者	
受付方法	<input type="checkbox"/> 来庁 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> その他()					
当事者	フリガナ氏名		TEL			
	住所					
	被保険者番号					
申出者 <small>※当事者の場合は記入不要</small>	フリガナ氏名		TEL			
	住所					
	当事者との関係	<input type="checkbox"/> 当事者本人 <input type="checkbox"/> 同居の家族 <input type="checkbox"/> 別居の家族 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー				
		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> サービス事業所 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 成年後見人				
	<input type="checkbox"/> その他()					
認定状況	<input type="checkbox"/> 認定なし <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()					
苦情内容分類	<input type="checkbox"/> 保険料関係 <input type="checkbox"/> 要介護認定関係 <input type="checkbox"/> ケアプラン関係 <input type="checkbox"/> サービス関係 <input type="checkbox"/> 利用者負担関係 <input type="checkbox"/> 制度全般 <input type="checkbox"/> その他()					
苦情原因分類	<input type="checkbox"/> 保険料に関する不満 <input type="checkbox"/> 認定に対する不満 <input type="checkbox"/> ケアプランに対する不満 <input type="checkbox"/> サービス量の不足 <input type="checkbox"/> サービスの質の低さ <input type="checkbox"/> 運営基準違反 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> 制度の矛盾 <input type="checkbox"/> 制度への不満 <input type="checkbox"/> 説明・情報不足 <input type="checkbox"/> 職員の対応 <input type="checkbox"/> その他()					
対象事業所	サービス種類		事業所名			
	※事業所等に対し当事者・申出者の氏名等を明らかにしてよいか				<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
苦情概要						
申出者の希望	<input type="checkbox"/> 話を聴いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 回答が欲しい <input type="checkbox"/> 改善して欲しい <input type="checkbox"/> 謝罪して欲しい <input type="checkbox"/> 提言したい <input type="checkbox"/> 賠償して欲しい <input type="checkbox"/> 審査請求がしたい <input type="checkbox"/> 川崎市に調査して欲しい <input type="checkbox"/> 国保連に調査して欲しい <input type="checkbox"/> その他()					
対応	<input type="checkbox"/> その場で解決 <input type="checkbox"/> 後日区からの回答で解決 <input type="checkbox"/> 本課からの回答にて解決 <input type="checkbox"/> 未解決のまま終了 <input type="checkbox"/> 審査請求について教示 <input type="checkbox"/> 国保連について教示 <input type="checkbox"/> その他()					
対応概要						

～対応の経過～

月／日 時刻	経過状況

対応完了後の精査

想定される原因

- 事業所職員の説明・情報不足
- 事業所職員の対応の悪さ
- 事業所間の連携不足
- サービスの質の低さ
- 権利侵害
- 事業所の請求内容が不適切
- 利用者側の態度
- 市の説明・情報不足
- 市の対応の悪さ
- サービス提供基盤の不足
- その他()

事後分析・課題整理

担当者					

指定基準に係る苦情連絡票

年 月 日

(宛先)
健康福祉局 長寿社会部高齢者事業推進課 課長 様

次のことについて、指定基準違反の疑いがあると思われるので、調査等の対応をお願い致します。

《連絡者》

担 当 部 署		担 当 者	
連 絡 先	TEL ()	FAX ()	

《調査対象事業所》

指定事業所番号		事業所名	
所 在 地			
事 業 所 種 別	ケアプランサービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 介護予防支援	
	居宅サービス	<input type="checkbox"/> 介護給付 <input type="checkbox"/> 予防給付	
	地域密着型サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売	
	施設サービス	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設			
<苦情内容>			

《指定基準違反の確認》

どの基準に疑いがあったか	<input type="checkbox"/> 人員基準	<input type="checkbox"/> 設備基準	<input type="checkbox"/> 運営基準
<詳細内容>			

【この連絡票の送付先】 健康福祉局長寿社会部 高齢者事業推進課

(卷末資料)

(参考)

【第1号様式】審査請求書・標準書式

審査請求書

平成 年 月 日

神奈川県介護保険審査会会長 殿

介護保険法第183条の規定に基づき次のとおり審査請求をします。

審査請求人の氏名			印
生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所			
電話・FAX 番号	電話 ()	FAX ()	
被保険者証番号			
(代理人による請求の場合) 代理人の氏名			印
住 所			
電話・FAX 番号	電話 ()	FAX ()	
(原処分の名あて人と請求人が異なる場合) 原処分の名あて人たる被保険者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	被保険者証番号		
	請求人との関係		
審査請求に係る処分 (どちらかに○印)	平成 年 月 日付けで市町村長が行った 要介護(要支援)認定・要介護認定以外 () の処分		
上記処分があったことを知った日	平成 年 月 日		
処分庁の教示(審査請求ができる旨の記載)の有無	上記処分通知書中の教示の記載 (有 ・ 無)		
審査請求の趣旨	「上記処分を取り消す」との裁決を求める。		
請求の理由 (処分の取消を求める理由を具体的に記載してください。書ききれない場合は別紙に記載してください。)			
添付書類(関係する書類を添付してください)	・審査請求の対象となる処分通知書の写し ・その他関係する書類()		

【注意事項】

- ・審査請求書は、所定の記載事項の記載があれば、これと異なる様式でも結構です。
- ・審査請求書は正副2通(1部はコピーに押印したもので可)を提出してください。