

第1号様式（第5条関係）（表）

苦 情 申 立 書

年 月 日

稲城市保健福祉サービス苦情解決委員会 あて

苦情申立人 (本人)	住 所	
	氏 名	(署名又は記名押印、代理人が申し立てる場合は記名)
	電 話 番 号	
代 理 人 (本人が申し 立てる場合は、 記入不要)	住 所	
	氏 名	(署名又は記名押印)
	電 話 番 号	
	本人との関係	

私は、裏面記載の同意事項に同意し、確認事項を確認した上で、次のとおり苦情の申立てをします。

保健福祉サービスの 名称・内容	
保健福祉サービスの 提供事業者名	
サービスの提供時期	年 月 日
苦情の内容・理由等	<p>(誰が提供した何のサービスに対してどのような点について苦情があるのか、具体的に記入してください。)</p>

(裏)

1 同意事項

- (1) 私は、この苦情申立てをするに当たり、私の氏名及び苦情申立内容が、苦情解決委員会からサービス提供事業者に伝えられることについて、同意します。
- (2) 私は、この苦情申立てをするに当たり、サービス提供事業者との間の紛争解決に、誠意を持って対応するとともに、委員会の実施する調査等の手続きに協力することを誓います。
- (3) 私は、この苦情申立ての件について、訴訟の提起や法令等の制度による不服申立ての提起を行った場合は、この苦情申立てを取り下げます。

2 確認事項

- (1) 稲城市保健福祉サービス苦情解決委員会は、サービス利用者やサービス提供事業者とは異なる第三者の立場から、客観的かつ公平な判断をします。
- (2) この委員会は、簡易な手続きにより迅速な問題解決を図るために設置された機関ですが、市長の私的諮問機関として設置されたものであり、強制的な調査権を付与された機関ではありませんので、サービス提供事業者が調査・回答を拒否した場合などは、それ以上の苦情解決手続きの継続をすることができない場合もあります。
- (3) この委員会への苦情申立ては、苦情を解決するための唯一の手続きではなく、苦情を申し立てたことをもって、訴訟の提起や法令等の制度による不服申立ての提起が制限されるものではありません。
- (4) この委員会の行う苦情解決の手続きは、訴訟の提起や法令等の制度による不服申立ての提起の手続きとは、まったく別のものです。
訴訟や不服申立てを予定されている場合は、それらを提起できる期限が定められている場合がありますので、この委員会での苦情解決の手続きとは別に、ご自身の判断で確認してください。