第1号様式(第4条関係)

苦　情　申　立　書

年　　月　　日

越谷市福祉保健オンブズパーソン　宛

〒　　―
住　　所
申立人　氏　　名
連絡先電話番号　　(　　)

越谷市福祉保健オンブズパーソン条例第9条の規定により、次のとおり苦情の申立てをします。

苦情申立ての原因となった事実のあった日	年　　月　　日
苦情申立ての対象となる福祉保健サービスの名称	
苦情申立ての内容(経過や内容をなるべく具体的に書いてください。書ききれない場合は別紙に書き、この用紙に添付してください。)	
他の苦情処理制度への手続きの有無(「有」の場合はその制度名)	
□有(　　)　□無	
申立人が本人でない場合は、この欄もお書きください。	
本　人　の　氏　名	
本　人　の　住　所	
本人の連絡先電話番号	
申立人と本人との関係	

同　意　書

私は、本人及び本人と同一世帯員から、福祉保健オンブズパーソンが、本苦情に関して市が保有している本人及び本人と同一世帯員の情報を利用すること並びに私に対し、本申立てに関する情報を開示することに同意を得ております。

氏名(申立人署名)