

6) 福祉サービス利用に関する相談報告票 (苦情・要望等) (様式)

町田市福祉サービス苦情調整事業

[担当課名]

福祉サービス利用に関する相談報告票 (苦情・要望等)

下記を参考に苦情・要望等内容をご記入ください

- 職員の接遇……職員の対応や言葉遣いが悪い等
- サービスの質や量……食事の内容が悪い。居室の環境が悪い等
- 利用料……不当な自己負担を求められた。自己負担額の内容が説明されていない等
- 説明・情報提供……説明なく内容が変更された。重要事項説明や契約書と実際のサービスが違っていた等
- 被害・損害……預り金など金銭トラブルがあった。所有物が無くなった。破損した等
- 権利侵害……暴力や虐待を受けた。プライバシーを侵害された等
- 制度上の問題……制度そのものへの不満等
- その他……上記に当てはまらない事項

提出先: 社会福祉協議会「福祉サポートまちだ」…課内で決裁後コピーをご送付ください

受付日		年 月 日 ()		相談時間 (24時間表記)	~
受付方法		電話・訪問・来所・その他()		担当者	
利用者	氏名	匿名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	障がい区分 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 障がい名:
	住所			電話	
相談者	氏名	匿名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢 歳	電話
	住所				
利用者との関係	<input type="checkbox"/> 利用者本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 代理人(友人・法定代理人) <input type="checkbox"/> 福祉施設関係者(職員) <input type="checkbox"/> その他(民生委員・その他)				
苦情対象事業者	名称	匿名	種別		
	所在地			電話	
相談内容					
	意向	<input type="checkbox"/> 話を聞いて欲しい <input type="checkbox"/> 教えて欲しい <input type="checkbox"/> 調査して欲しい <input type="checkbox"/> 仲裁して欲しい(話し合いの場の設定等) <input type="checkbox"/> 改善して欲しい <input type="checkbox"/> 謝罪して欲しい <input type="checkbox"/> 弁償して欲しい <input type="checkbox"/> その他()			
対応内容	<input type="checkbox"/> 継続中(進展の都度、裏面に経過を記入の上、コピーを社協までご送付ください)				
	<input type="checkbox"/> 終了日 年 月 日				
	[担当課及び事業者の対応の詳細をご記入ください]				