　様式第2号の2

**同　　意　　書**

　　年　　月　　日

　栃木県国民健康保険団体連合会

　介護サービス苦情処理委員会委員長　　様

　　　　　　　　　　　　　　苦情申立人

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　介護サービス利用者

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　貴会が、介護保険法第１７６条第１項第三号の規定に基づき介護サービス苦情

処理等を行う過程において、介護サービス利用者等に係る情報につき、介護サー

ビス事業者及び関係者（以下「介護サービス事業者等」という。）に報告を求め、

下記の目的に利用することに同意します。

　また、貴会の報告要求に対し、介護サービス事業者等が報告することについて、

私等が同意している旨を介護サービス事業者等に伝えて構いません。

記

　１　介護サービス事業者等への調査において、介護サービス利用者等に係る介護日誌

　　等の諸記録を閲覧、その写しの提出及び口頭説明等により知りえた情報をもとに当

　　該事業所への指導及び助言の参考にすること。

　２　介護サービスの質の向上に資するために、関係市町（介護保険者）及び栃木県へ

　　苦情処理結果を報告すること。

　３　介護保険者等における苦情・相談等の業務の向上を図るために、苦情内容、調査

結果及び指導・助言等をまとめた介護サービスに係る苦情・相談状況等の事例集を

作成すること。（但し、介護サービス利用者等の住所、氏名及び介護サービス事業所等の名称は掲載しない。）