　　年　　月　　日

高知県介護保険審査会会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 審査請求人  （又は代理人） |  |

審　査　請　求　書

　介護保険法第１８３条の規定により、次のとおり審査請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １  審査請求人  (被保険者) | 氏　　名 | |  | 住　　所 | | 電話( ) － |
| 生年月日 | | 明・大・昭（満　　歳）  年　　月　　日 | 被保険者  証の番号 | |  |
| ２  審査請求人  の代理人 | 氏　　名 | |  | 住　　所 | | 電話( ) － |
| 生年月日 | | 明・大・昭（満　　歳）  年　　月　　日 | 被保険者  との関係 | |  |
| ３  審査請求に係る処分 | | |  | | | |
| ４　審査請求に係る処分があったことを知った年月日 | | | | | 年　　月　　日 | |
| ５審査請求  　の趣旨 |  | | | | | |
| ６審査請求  　の理由  (別紙に記 載も可） |  | | | | | |
| ７　処分庁の教示の  　有無及びその内容 | | 【教示の有無（ 有 ・ 無 ）】 | | | | |
| ８添付書類 |  | | | | | |

１　審査請求書の作成通数は、提出用正副２通とすることが適当である。

２　代理人によって審査請求書を提出する場合は、委任状を添付すること。