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。