

平成 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)	印
------------------	---

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			平成 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 審査請求書には、押印すること。
- 3 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