

[様式]

審査請求書

令和 年 月 日

東京都介護保険審査会 殿

審査請求人（又は代理人）

氏名

次のとおり審査請求をします。

① 原処分の名あて 人たる被保険者	住所又は居所	〒		
	氏名		電話	
	生年月日	年 月 日生	年齢	歳
	被保険者番号			
② 審査請求人 ①と同一の場合は 省略できます。	住所又は居所	〒		
	氏名		電話	
	被保険者との関係			
③ 代理人	住所又は居所	〒		
	氏名		電話	
④ 審査請求に係る処分の内容	処分庁 が令和 年 月 日付けで 行った			
⑤ 処分があったことを知った日	令和 年 月 日			
⑥ 審査請求の趣旨	上記④に記載した処分を取り消すとの裁決を求める。			
⑦ 審査請求の理由				
⑧ 処分庁教示の有 無及び教示の 内容	有 無			
⑨ 添付書類等				

委任状

代理人

(住所又は居所)

(氏 名)

私は、上記の者を代理人と定めて、下記の権限を委任します。

- 1 処分庁 _____ が令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日付けで行った

の処分に
ついて、審査請求をすることに関する一切の権限
- 2 1に記載した審査請求を取り下げる権限

審査請求人

(住所又は居所)

(氏 名)

印