

審 査 請 求 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

奈良県介護保険審査会会長 殿

審査請求人 〇〇 〇〇

審査請求人  
同 代理人

次のとおり審査請求をします。

1 審査請求人の住所、氏名、生年月日（年令）および被保険者証の番号

- ・ 住所 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地
- ・ 氏名 〇〇 〇〇（昭和●●年●月●●日生、●●歳）
- ・ 被保険者番号 〇〇〇〇●●●●●●

(2 審査請求人の代理人の住所、氏名および年令)

- ・ 住所 〇〇市〇〇町〇〇 〇〇番地
- ・ 氏名 〇〇 〇〇

（代理人がない場合は、「空白」としてください。  
また、代理人がない場合は委任状の提出も必要ありません。）

3 審査請求に係る処分

保険者 〇〇市 が令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで通知を行った審査請求人に対する（具体的な通知の題名－(例)介護保険料決定通知）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

令和〇〇年〇〇月〇〇日  
（決定通知が配達された日など処分を知った年月日をご記入ください。）

5 審査請求の趣旨

「3記載の処分を取り消す。」との裁決を求めます。

6 審査請求の理由

（処分の取消を求める具体的な理由をお書きください。書ききれない場合は、任意の用紙を「別紙」としてお書きいただき、この欄は「別紙のとおり」とお書きください。）

7 処分庁の教示の有無及びその内容

「この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、奈良県介護保険審査会に対して、審査請求をすることができる。」との教示がありました

8 添付書類（証拠物件等）

介護保険料決定通知書	〇〇	通
委任状	〇〇	通

1 作成通数は、提出用正副2通とする。