

審 査 請 求 書

令和 年 月 日

福岡県介護保険審査会会長 殿

審査請求人_____

上記代理人_____

※代理人が提出される場合のみ記載してください

介護保険法第183条第1項の規定に基づき、下記のとおり審査請求をします。

1 審査請求人（又は代理人）

(1) 審査請求人（被保険者）

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日生

被保険者証の番号

電話番号

(2) 代 理 人

住 所

氏 名

2 審査請求に係る処分

3 審査請求に係る処分があったことを知った年月日

4 審査請求の趣旨

5 審査請求の理由

6 処分庁の教示の有無及びその内容

7 添付書類

*審査請求書は、正本・副本2通の提出が必要となります。