令和　　　年　　　月　　　日

　京都府介護保険審査会会長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　審査請求人

 審査請求人代理人

審　査　請　求　書

　次のとおり審査請求します。

１　審査請求人の住所、氏名、生年月日及び被保険者番号並びに代理人の氏名及び住所

 審査請求人　住　　所

 　　　　　　氏　　名

 　　　　　　生年月日

 　被保険者番号

 審査請求人代理人　住　　所

 　氏　　名

２　審査請求に係る処分

 　　　　　　　長が　　　　年　　月　　日付けで審査請求人に行った

　　　　　　処分

３　審査請求に係る処分を知った日

 令和　　　　年　　　　月　　　　日

４　審査請求の趣旨

 審査請求に係る処分の取消を求める。

５　審査請求の理由

６　処分庁の教示の有無

 「　この通知書の記載事項に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日か　　　ら起算して３月以内に、京都府介護保険審査会に審査請求することができます。」

 との教示があった。

７　添付書類　　委任状