

(記入例：保険料)

## 審査請求書

令和 年 月 日

熊本県介護保険審査会長 様

審査請求人 熊本 太郎

(\*又は) 同代理人 (\* 代理人請求の場合に記入のこと)

介護保険法第183条第1項の規定に基づき、次のとおり審査の請求をします。

審査請求人	住所	(電話: )		
	ふりがな 氏名	くまもと たらう 熊本 太郎		
	生年月日	(明治・大正・昭和) ×年 ×月 ×日	年齢	×歳
	被保険者証番号 (* 処分に係る被保険者でない場合は被保険者との関係)	××××××××××		
代理人 (又は総代) の住所及び氏名	住所: (電話: ) 氏名: (本人との続柄: * 夫、妻、長男など)			
審査請求に係る処分があったことを知った日	令和××年 ×月 ×日			
審査請求に係る処分の内容	〇〇 (市町村) 長が、令和××年×月×日 (* 通知の日付) 付で審査請求人に行った介護保険料額の決定処分			
審査請求の趣旨	上記の介護保険料額の決定処分を取り消すとの裁決を求めます。			
審査請求の理由	* 別紙のとおり			
処分庁の教示の有無及びその内容	「この決定について不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、熊本県介護保険審査会に対して審査請求をすることができます。」との教示がありました。			
添付書類	・ 介護保険料決定通知書 1通			

上記の審査の請求について  
令和 年 月 日

を私の代理人にいたします。

審査請求人

(記入例：保険料)

審査請求人  
同代理人

審査請求の理由

あなたが、審査請求をしようと思った理由を**具体的**にご記入下さい。

例えば、

- ・ 家族全員が市町村民税非課税にも係わらず、介護保険料の第4段階になっている
- ・ 自分や家族の収入の認定を市町村が間違っている

等です。

併せて、当該主張を証明するもの等についても送付願います。