（代理人請求用）

|  |
| --- |
| 審　査　請　求　書  平成　　年　　月　　日  地方公務員災害補償基金  東京都支部審査会会長　　殿  代　理　人　　　　　　　　　　　印  次のとおり審査請求します。  １　審査請求人の住所又は居所、氏名  　　　　 　住　所：（〒 　　　）  　　　　 　氏　名：  代理人の住所又は居所、氏名  　　　　 　住　所：（〒 　　　）  　　　　 　氏　名：  　　　　 　審査請求人との関係：  ２　審査請求に係る処分の内容  地方公務員災害補償基金東京都支部長が平成　　年　　月　　日付けで行った（別  添支部長の処分通知書（写し）記載の処分名を記載する。）  ３　審査請求に係る処分があったことを知った年月日  平成　　年　　月　　日  ４　審査請求の趣旨及び理由  　　　 ⑴　趣　旨  　　　　　 「上記２に記載した処分を取り消す」との裁決を求める。  　　　 ⑵　理　由  　　　 　　理由は、別紙のとおり（別紙に詳細に記入する。）  ５　処分庁の教示の有無及びその内容  　　　 　　別添支部長の処分通知書（写し）記載のとおり教示がありました。  ６　添付書類  　　　 ⑴　委任状  ⑵　処分通知書（写し）  ⑶　その他 |

* 本様式は代理人による審査請求です。代理人による場合、次頁の「委任状」が必要です。
* Ａ４判（本紙と同形）で、それぞれに押印したものを２部作成し提出してください。添付書類（委任状は1部）も２部提出してください。