（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。