|  |
| --- |
| 審査請求書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　地方公務員災害補償基金  千葉県支部審査会会長　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　審査請求人  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は居所  〒　　　‐  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名    　次のとおり審査請求をします。  １　審査請求に係る処分  地方公務員災害補償基金千葉県支部長が、　　　　年　　月　　日付けで行った  「　　」という処分  ２　審査請求の趣旨  　　 「上記１に記載した処分を取り消す。」との裁決を求めます。  ３　審査請求の理由  ４　当該処分があったことを知った年月日  年　　　月　　　日  ５　処分庁の教示の有無及びその内容  ６　添付書類等 |