

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 受付印 </div>	* 処 理 事 項	発 信 年 月 日				
		消 印				確 認 印
		年 月 日				
年 月 日 (宛先) 新潟市長	審査請求人	住 居 所				
		氏 名 (名称)				
		電話番号				
	審査請求人が法人又は法人でない社団若しくは財団である場合					
	これらの代 表者，管理 人，総代又 は代理人	区 分	1 代表者 2 管理人 3 総代 4 代理人 (該当する番号を○で囲んでください。)			
		住 居 所				
氏 名						
審 査 請 求 書 行政不服審査法第2条又は第3条の規定により審査請求をします。						
審査請求に係る処分の 内容	年 度	期 別	税 目	課税標準額	税 額	
				円	円	
審査請求に係る処分が あったことを知った年 月日	年 月 日					
審査請求の趣旨及び理 由						
審査請求ができること の教示の有無及びその 内容 (該当するものを○で 囲んでください。)	教示の有無		有	無		
	審査請求ができ る旨		有	無		
	市長にできる旨		有	無		
	審査請求期間	3か月以内 にできる旨	そ の 他 の期日	なし		
不作為に係る処分につ いての申請の内容及び 年月日						

注 *欄には記入しないでください。