

		○○○○검찰청	
		(전화번호)	
		. . .	
수 신	법원	발 신	검찰청
제 목	적부심보증금 몰수청구서	검 사	인
아래 피의자에 대한 적부심보증금 전부에 대하여 몰수 결정을 하여주시 기 바랍니다.			
피 의 자	① 성 명	()	
	② 주민등록번호	(세)	
	③ 주 거		
④ 죄 명			
⑤ 석 방 결 정		. . . 법원	
⑥ 적 부 심 보 증 금		원	
판 결 기	⑦ 선 고	. . . 법원	
	⑧ 형 명 . 형		
	⑨ 확 정	. . . 법원	
⑩ 청 구 사 유			
⑪ 첨 부 기 록		권	

210mm×297mm

(신문용지 54g/m²)