

인감보호해지 방문확인 신청서

접수번호	접수일	처리기간	3일	
인감보호해지 신청자	성명(한자)	()		
	주민등록번호	-	전화번호	
	주소			
신청사항	인감담당공무원의 직접 방문 확인			
확인사항	1. 정상적인 의사소통이 가능함 * 원칙적으로 말이나 글로 자신의 의사를 표현할 수 있어야 하나, 부득이한 경우 행동으로 제3자가 알 수 있는 정도는 의사소통이 되는 것으로 인정함 2. 병원 등에 입원으로 읍·면사무소 및 동주민센터 방문이 불가능함			

위의 사실을 확인합니다.

년 월 일

담당의사

(서명 또는 인)

「인감증명법 시행령」 17조의2에 따라 관계공무원의 직접 방문 확인을 신청합니다.

년 월 일

신청인:

(서명 또는 인)

주민등록번호:

주소:

전화번호:

○○읍·면·동장 또는 출장소장 귀하

첨부서류	방문할 수 없는 사유를 증명할 수 있는 서류
------	--------------------------

유의사항 및 작성방법

1. 입원한 시설의 관할 구역 내 읍·면사무소 및 동주민센터에만 신청할 수 있습니다.
2. 읍·면·동장 또는 출장소장은 「인감증명법 시행령」 제17조의2제7항에 따라 관계공무원이 인감 신고인을 방문하게 할 것인지 여부를 결정하여, 접수일부터 3일 이내에 전화 또는 우편 등으로 방문 여부 및 방문 예정 일시 등을 통보합니다.
3. 공무원이 방문하기로 한 경우에는 접수일부터 6일 이내에 방문하여야 하며, 방문하지 않기로 한 경우에는 그 사유를 명시하여야 합니다.

처리절차

