

## 의료지원금 신청(수령) 위임장

접수번호		법난위	의료	제	호
수 임 자	성명(한자)  ( )	생년월일			
	주소				
	위임자와의 관계  의	전화번호  ( ) -			

본인은 위 사람에게 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제9조제2항에 따라 의료지원금의 신청(수령)에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위 임 자	성명  (서명 또는 인)	생년월일
	주소	

위 위임자는 [ ] 이  
[ ] 입  
원 [ ] 교도소 수 중임을 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」  
용 [ ] 기타  
)

제9조제2항에 따라 확인합니다.

년 월 일

확 인 기 관 장

직인