

의료지원금 지급신청서

※ 뒤쪽의 작성요령을 읽고 작성하시기 바랍니다.

(앞쪽)

접수번호	법난위	의료 제	호	접수일자	처리기간	150일
------	-----	------	---	------	------	------

신청인	성명(한글)	생년월일
	(한자)	
	주소 (전화번호:)	
피해자와의 관계 의		

피해자	성명(한글)	생년월일
	(한자)	
당시 주소		

신청 내용	①10·27법난 내용	연행 일자	귀가 일자
		연행 부대	이미 수령한 보상금
	상이 일자 년 월 일	당시 나이 만 년 월	당시 직업
	②상이 부위	③상이 내용	
	④향후 치료	치료 내용	추정 치료비
	⑤간병 [] 필요(간병기간:) [] 불필요		
	⑥보조장구 보조장구 명칭: 시가: 사용가능기간:		

본인은 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률」 제5조 및 같은 법 시행령 제9조에 따라 의료지원금([] 치료비 [] 간병비 [] 보조장구 구입비)의 지급을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

10·27법난피해자명예회복심의위원회 귀하

첨부 서류 등	첨부 서류 및 작성 요령 : 뒤쪽 참조	수수료 없음
---------	-----------------------	-----------

신청인 제출서류	1. 피해경위서 1부 2. 의료지원금 신청(수령) 위임장(「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제9조제2항에 따라 대리로 신청하는 경우에만 해당합니다) 및 피해자의 가족관계증명서(대리인이 가족인 경우에만 해당합니다) 각 1부 3. 그 밖에 신청사유를 소명할 수 있는 증명자료	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	신청인의 주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신청인

(서명 또는 인)

주민등록번호

작성방법

- ①란의 이미 수령한 보상금란에는 국가나 군부대로부터 수령한 보상금의 액수를 적습니다.
- ②란에는 팔·다리 등 상이를 입은 부위를 구체적으로 적습니다.
- ③란에는 골절상·자상(刺傷) 등 구체적 병명을 적습니다.
- ④란에는 향후 치료가 필요한 경우 치료 내용과 지정병원등에서 발급한 향후 치료비 추정서에 따라 계산한 금액을 적습니다.
- ⑤란에는 지정병원등에서 발급한 진단서에 따라 간병이 필요한지와 그 간병기간을 적습니다.
- ⑥란에는 보조장구를 사용하고 있는 경우 보조장구의 명칭·시가 및 사용가능기간을 적습니다.
7. []에는 신청인이 신청하려는 해당 각 항목에 "√" 표시를 합니다.