

## 의료지원금 결정통지서(인용)

접수번호	법난위	의료	제	호
성명				
주소				

귀하의 의료지원금 지급신청에 대하여 첨부한 의료지원금결정서와 같이 의료지원금을 지급하기로 결정되었음을 알려드리니 다음 요령에 따라 조치하시기 바랍니다.

1. 의료지원금 지급결정에 동의하는 경우

「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제14조에 따라 10·27법난피해자명예회복심의위원회에 다음 서류를 갖추어 의료지원금의 지급을 청구하시기 바랍니다.

- 가. 동의 및 청구서 1부
- 나. 인감증명서 1부
- 다. 금융기관 거래통장 사본 1부

2. 의료지원금 지급결정에 이의가 있는 경우

의료지원금 지급결정에 이의가 있어 재심을 신청하려는 경우에는 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제13조에 따라 재심신청서 1부를 작성하여 의료지원금결정서 정본을 송달받은 날부터 30일 이내에 재심사유를 증명할 수 있는 자료를 갖추어 위원회에 재심을 신청할 수 있습니다.

- 첨부
- 1. 의료지원금결정서 정본 1부
  - 2. 동의 및 청구서 용지 1부
  - 3. 재심신청서 용지 1부

년 월 일

10·27법난피해자명예회복심의위원회

직인

유의사항	의료지원금을 지급받을 권리는 양도 또는 담보로 제공할 수 없으며, 의료지원금결정서 정본이 송달된 날부터 5년간 행사하지 않으면 시효로 인하여 소멸되니 착오 없으시기 바랍니다.
------	---