

## 의료지원금 결정통지서(기각)

접수번호	법난위	의료	제	호
성명				
주소				

귀하의 의료지원금 지급신청에 대하여 첨부한 의료지원금결정서와 같이 기각결정되었음을 알려드리니, 의료지원금 결정에 대하여 이의가 있는 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 있으며, 재심신청을 하지 않고 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구하거나 「행정소송법」에 따른 행정소송을 제기할 수 있습니다.

- 첨부 1. 의료지원금결정서 정본 1부  
2. 재심신청서 용지 1부

년 월 일

10·27법난피해자명예회복심의위원회

직인