

재심신청서

접수번호	법난위	재심 제	호	접수일자	처리기간	90일
------	-----	------	---	------	------	-----

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

피해자	성명(한글) (한자)	생년월일
	당시 주소	

신청 사유	
-------	--

「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제13조에 따라 의료지원금 결정에 대하여 재심을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

10·27법난피해자명예회복심의위원회 귀하

신청인 첨부서류	재심사유를 증명할 수 있는 자료	수수료 없음
-------------	-------------------	-----------