

배상금등 재심의 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 적지 않습니다

접수번호:		접수일:		처리기간:	30일
승선자 (희생자 또는 구조된 승선자) * 해당되는 경우 작성합니다	성명:		생년월일:		
	주소:				
신청인 (신청인대표자)	성명:		생년월일:		
	주소:				
	승선자와의 관계 :		의	전화번호 :	
				휴대전화번호 :	
※ 신청인이 2명 이상이면 「4·16세월호참사 피해구제 및 지원 등을 위한 특별법 시행령」 별지 제1호서식의 별지 서식을 이용하여 적습니다.					
신청사유					

「4·16세월호참사 피해구제 및 지원 등을 위한 특별법」 제14조 및 같은 법 시행령 제14조에 따라 4·16세월호참사 배상 및 보상 심의위원회의 결정(결정번호 제 호, 년 월 일자)에 대하여 재심의를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

대리인

(서명 또는 인)

4·16세월호참사 배상 및 보상 심의위원회 귀중

첨부서류	재심의 신청 사유를 증명할 수 있는 자료 1부
------	---------------------------