

[별지 제5호서식] <개정 2016. 12. 30.>

의사상자 발생 보고서

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간
			60일
구 조 행 위 자	성명	생년월일 (외국인등록번호)	
	직업	구조대상자와의 관계	
	주소		
사 고 내 용	발생일시	발생장소	
	사고요지		
	상해정도		
사 고 처 리 경 찰 관 서		담당경찰관	
		전화번호	
위 사고와 관 련하여 다른 법률에 따라 이미 지급받은 금액	내용 (적용된 다른 법률)		
	지급일자	지급자	
	금액		

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제5조제3항, 같은 법 시행령 제9조제5항 및 같은 법 시행규칙 제3조제1항제2호에 따라 의사상자 발생을 보고합니다.

년 월 일

시장·군수·구청장 (서명 또는 인)

210mm×297mm(백상지 120g/m²)