

의사상자 인정결과 통보서(인정)

「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제5조제4항, 같은 법 시행령 제10조 및 같은 법 시행규칙 제4조제1항에 따라 의사상자 인정결과를 아래와 같이 통보합니다.

년 월 일

보건복지부장관 (인)

(의사상자 인정신청인 또는 의사상자 증서 등의 발급대상자) 귀하

의사상자 인정신청 내용				
신청인	구조행위자와의 관계			
	성명		생년월일	
	주소			
구조 행위자 (심사 대상)	구조행위일		년	월 일
	성명		생년월일	
	주소			

의사상자 인정결과				
인정기관	보건복지부	심사위원회	년 제 차 의사상자심사위원회(년 월 일)	
인정결과	[] 의사자, [] 의상자 [()등급]		증서번호	제 호

의사상자 지원내용				
구분	지원내용		지원대상	
보상금	총 보상금	원	의사자 유족, 의상자 본인	
	의사상자 보상금	원		
	물건의 멸실·훼손에 대한 보상금	원		
의료급여	「의료급여법」에 따른 의료급여		의사자 유족, 1~6급 의상자 본인	
교육보호	「국민기초생활 보장법」에 따른 교육급여		의사자 자녀, 1~6급 의상자 본인 및 그 자녀	
장제보호	「국민기초생활 보장법」에 따른 장제급여		의사자 본인	
취업보호	직업훈련, 취업지원 등		의사자 유족, 1~6급 의상자 본인 및 그 가족	

※ 의사자 유족은 의사자의 배우자, 자녀, 부모, 조부모 또는 형제자매를 말합니다.

안내 사항

- 위의 지원은 의사상자 인정결정을 통보받은 날(통보 이후 교육보호 사유가 발생한 경우에는 해당 사유가 발생한 날을 말합니다)부터 3년이 지나면 신청할 수 없습니다. 의사상자 인정결정을 통보 받은 신청인은 의료급여, 교육보호, 장제보호 및 취업보호를 신청할 수 있는 유가족 등 지원대상이 해당 지원을 신청할 수 있도록 안내하여 주시기 바랍니다.
- 의사상자 인정결정에 이의가 있는 사람은 결정을 통보받은 날로부터 30일 이내에 이의신청을 할 수 있으며, 이의신청과 별도로 결정을 통보받은 날부터 90일 이내에 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구할 수 있습니다.