

재심의 신청서 [] 보상
[] 생활지원금
[] 명예회복

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	60일
관련자	성명(한글) (한자)	생년월일	
	등록기준지	당시 주소	
신청인 [2명 이상은 「부마민주항쟁 관련자의 명예 회복 및 보상 등에 관한 법률 시행령」 별지 제2호서식 부표 (2) 사용]	성명(한글) (한자)	생년월일	
	주소		
	관련자와의 관계 의	전화번호	
신청 사유			

「부마민주항쟁 관련자의 명예회복 및 보상 등에 관한 법률」 제27조 같은 법 시행령 제26조에 따라 위원회 제 호 신청에 대한 년 월 일 기각 또는 보상금등의 지급결정에 대하여 재심의의를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

부마민주항쟁진상규명및관련자명예회복심의위원회 귀하

첨부서류	1. 지정병원등(국립종합병원, 의과대학부속병원, 위원회가 지정하는 병원)에서 발급한 신체(정신)장애진단서(장애등급 판정에 이의가 있는 경우만 제출합니다) 1부 2. 경찰서, 구치소, 교도소 등 공신력 있는 기관에서 발급한 구금일수를 증명할 수 있는 서류(구금일수 산정에 이의가 있는 경우만 제출합니다) 1부 3. 해당 직장의 정관, 사규 등 해직기간을 증명할 수 있는 서류(해직기간 산정에 이의가 있는 경우만 제출합니다) 1부 4. 그 밖에 재심의 신청 사유를 증명할 수 있는 자료 1부	수수료 없음
------	---	-----------

