

의료지원금 신청(수령) 위임장

접수번호		법난위	의료	제	호
수 임 자	성명(한자)			생년월일	
	()				
	주소				
위임자와의 관계	위임자와의 관계		전화번호		
	의		() -		

본인은 위 사람에게 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제9조제2항에 따라 의료지원금의 신청(수령)에 관한 일체의 권한을 위임합니다.

년 월 일

위 임 자	성명	생년월일
	(서명 또는 인)	
주소		

위 위임자는 [] 이
[] 입
원 [] 교도소 수 중임을 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」
용 [] 기타(
)

제9조제2항에 따라 확인합니다.

년 월 일

확 인 기 관 장

직인