

재심의 신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간	3개월
피해자	성명(한글) (한자)			생년월일	
	등록기준지			당시 주소	
신청인 [2명 이상은 「지뢰피해자 지 원에 관한 특별법 시행령」 별지 제1호서식 부표(2) 사용]	성명(한글) (한자)			생년월일	
	주소				
	피해자와의 관계 의			전화번호	
신청 사유					

「지뢰피해자 지원에 관한 특별법」 제11조 및 같은 법 시행령 제18조에 따라 위원회 제 호 신청에
대한 년 월 일 기각결정[] 또는 위로금등의 지급결정[]에 대하여 재심의를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

피해자 지원 심의위원회 귀하

첨부서류	1. 지정병원등[국립종합병원·의과대학부속병원(분원은 제외), 위원회가 지정하는 병 원]에서 발급한 「지뢰피해자 지원에 관한 특별법 시행령」 별지 제10호서식의 신체 (정신)장애진단서(장애등급 판정에 이의가 있는 경우에만 제출합니다) 1부 2. 그 밖에 재심의 신청 사유를 증명할 수 있는 자료 1부	수수료 없음
------	---	-----------

