

동의 및 청구서

접수번호		접수일		처리기간	30일
접수번호	특보위	보상	제	호	결정일
결정주문					
특수임무 수행자	성 명(한 자)		(	)	생년월일
	주 소				
신 청 인 (2명 이상은 별지 제6호서식 사용)	성 명(한 자)		(	)	생년월일
	주 소				
	(전화번호:)				
	특수임무수행자와의 관계		의		

1. 신청인은 「특수임무수행자 보상에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행령 제19조에 따른 아래의 보상결정에 이의가 없습니다.
2. 신청인은 그 보상결정액을 지급 받는 데 동의합니다.
3. 신청인은 보상금 등을 지급받을 때에는 그 사건에 관하여 동일한 내용으로 법원에 제소하지 않는 등 어떠한 방법으로도 다시 청구하지 않을 것을 서약합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

특수임무수행자보상심의위원회 귀하

첨부서류	1. 보상결정서正本 1부 2. 신청인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 전자본인서명확인서 발급증 1부 3. 보상금 등을 지급받을 수 있는 금융기관의 거래통장 사본 1부
------	---

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]