

구제급여 조정신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일시		처리기간	60일
신청인	성명		주민등록번호		
	전화번호 또는 휴대전화번호		전자우편주소		
	주소				
대리인 (신청인이 대리인인 경우)	성명		주민등록번호		
	가습기살균제 피해자와의 관계				
	전화번호 또는 휴대전화번호		주소 또는 전자우편주소		
지급받은 구제급여	종류	[]요양급여 []요양생활수당 []장의비 []간병비 []장해급여 []특별유족조위금 []특별장의비 []구제급여조정금 []미지급 요양급여 등			
	구제급여 지급일				
	구제급여 지급금액				
조정신청 사유		(별도 기재 가능)			

「가습기살균제 피해구제를 위한 특별법」 제22조제2항, 같은 법 시행령 제25조제2항 및 같은 법 시행규칙 제9조의2에 따라 위와 같이 구제급여의 조정을 신청합니다.

년월일

신청인(대리인인 경우 대리인) (서명 또는 인)

한국환경산업기술원장 귀하

첨부 서류	구제급여조정 신청사유를 증명할 수 있는 자료(구제급여의 지급을 신청할 때 제출한 자료는 제외합니다) 1부
-------	--