

장애보상청구서

1. 소속 및 신분(주소)
2. 성명 (주민등록번호)
3. 상병명
4. 부상 또는 발병년월일 년 월 일
5. 장애의 정도

위의 사실과 틀림이 없음을 증명함.

병원 또는 진료소 명 칭:
주 소:
확 인 자 직 명:
성 명: (인)

1. 장애발생년월일 년 월 일
2. 장애명
3. 청구금액 및 장애등급

위의 사실과 틀림이 없음을 증명함.

년 월 일

○○선거관리위원회위원장 [인]

위와 같이 청구합니다.

청구인 주 소:
성 명: (인)

○○선거관리위원회 귀중

- 주: 1. 위 청구서에는 장애진단서(장애진단시설을 갖춘 국·공립종합병원, 대학부속병원, 근로복지공단이 운영하는 산재요양기관 중 종합병원 규모 이상의 의료기관 해당 전문의가 발행하는 것)를 첨부해야 합니다.
2. 진료기록·치료 관련 기록 내역(의무기록, 영상의학 자료 사본 등)을 첨부해야 합니다.
3. 중앙선거관리위원회 또는 시·도선거관리위원회는 청구서의 첨부 서류 등 보완이 필요한 경우에는 상당한 기간을 정하여 보정을 요구할 수 있으며, 해당 기간은 보상 결정 기간에 산입되지 않습니다.