

재심의 신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일		처리기간	즉시
신청인	성명(한글) (한자)			생년월일	
	주소				
	희생자와의 관계 의			전화번호	
희생자	성명(한글) (한자)			생년월일	성별 [] 남 [] 여
	등록기준지				
	주소				전화번호
	피해 상황	발생 일시		당시 나이	당시 직업
		주요 내용			
신청사유					

「여수·순천 10·19사건 진상규명 및 희생자 명예회복에 관한 특별법」 제17조제1항 및 같은 법 시행령 제18조제1항에 따라 희생자 및 유족 결정 또는 의료지원금 및 생활지원금의 지급 결정에 이의가 있어 재심의를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

여수·순천 10·19사건진상규명및희생자명예회복위원회 위원장 귀하	
첨부서류	재심의 신청사유를 증명할 수 있는 자료 1부