

5·18민주유공자 요건 관련 사실 확인서(1)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 합니다.

제 호 [] 5·18민주화운동사망자 [] 5·18민주화운동행방불명자 [] 5·18민주화운동
부상자

보상 대상자	성명	주민등록번호	
	주소		
	사망·행방불명·부상(발병)일 년 월 일	사망·행방불명·부상(발병) 장소	사망·행방불명·부상(발병) 당시 소속 기관 또는 직업
	부상부위(질병명)		판정 장애등급
	보상결정일 년 월 일	보상결정유형 [] 사망자, [] 행방불명자 [] 부상(질병)자 [] 불인정	보상금 지급액
보상 신청인	관계	성명	주민등록번호
	주소	전화번호	

※ 사망, 행방불명 또는 부상(발병) 당시의 상황 및 원인을 육하원칙에 따라 간략하게 적습니다.
(용지가 부족하면 별지에 작성하여 첨부합니다)

확인자 소속	직급	직위	성명 (서명 또는 인)
--------	----	----	-----------------

「5·18민주유공자에우 및 단체설립에 관한 법률 시행령」 제6조제3항 및 같은 법 시행규칙 제5
조제1항에 따라 위의 사실을 확인합니다.

년 월 일

5·18민주화운동관련자보상심의위원회 위원장

직인

지방보훈청장
보훈지청장 귀하
제주특별자치도지사

첨부서류	1. 보상결정서 1부 2. 장애등급 판정 관련 심의·결정서 및 진료기록부 1부(장애등급 판정을 받은 부상자만 해당합니다) 3. 그 밖에 「5·18민주유공자에우 및 단체설립에 관한 법률」에 다른 보상 또는 기타 지원금의 지급 사실을 확인할 수 있는 자료 1부
------	--