

[별지 제1호의2서식] (가) <신설 2007.10.31>

☐ 사망 ☐ 행방불명 ☐ 상이 ☐ 사건의 경위	
일 시	
장 소	
사 망 · 행 방 불 명 등 경 위	
입 증 방 법	

210mm×297mm
(보존용지(1종) 70g/m²)

신청인표시				
1	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
2	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
3	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
4	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
5	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
6	성명(한자)	() (인)	주민등록번호	-
	주 소			
	관련자와의 관계	의	전 화 번 호	() -
○ 위 신청인 의 대리인 (인)				

210mm×297mm

(보존용지(1종) 70g/m²)

기지급치료비 지급내역서

※ 아래의 작성방법을 읽고 작성하시기 바랍니다. (앞쪽)

접수번호	접수일자			처리기간 90일	
①관련자	성명(한글) (한자)			생년월일	
	등록기준지			전화번호	
②기지급치료비 지급내역	지출일자	지출금액(원) (본인 부담금액)	요양기관	소재지 (전화번호)	치료내역
	합계				
③다른 법률에 따라 기지급치료비 보상(수령) 유·무	☐ 보상금수령액: 원 ☐ 수령일자: 년 월 일 ☐ 관련 법령:				
④신청인	성명(한글) (한자)			생년월일	
	주소				
	관련자와의 관계 의			전화번호	

「민주화운동관련자 명예회복 및 보상 등에 관한 법률」 제8조제3항에 따라 지급받을 기지급치료비 지급 내역은 위와 같음을 확인합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

대리인 (서명 또는 인)

민주화운동관련자명예회복및보상심의위원회 귀하

첨부서류	기지급치료비를 입증할 수 있는 요양기관 발행 계산서·영수증	수수료 없음
------	----------------------------------	--------

작성방법
1. ①란에는 관련자 본인의 인적사항을 적습니다.
2. ②란에는 관련자의 민주화운동 관련 상이 부위 치료내역을 지출일자 순으로 적으며, 기재란이 부족한 경우 뒷면에 적습니다.
3. ③란에는 관련자가 해당 상이 내용으로 다른 법에 따라 보상 받은 경우 그 내역을 적습니다.
4. ④란에는 신청인의 인적 사항을 적습니다.

기지급치료비 지급 내역				
지출일자	지출금액(원) (본인 부담금액)	요양기관	소재지 (전화번호)	치료내역

비고: 지출일자 순으로 적습니다.