

재심신청서

[] 명예회복

[] 보상

[] 생활지원금

접수번호	접수일자	처리기간	60일
관련자	성명(한글) (한자)	생년월일	
	등록기준지	당시 주소	
신청인 (2명 이상은 「민주화운동관련자 명예회복 및 보상 등에 관한 법률 시행령」 별지 제1호의2서식(나)을 사용)	성명(한글) (한자)	생년월일	
	주소		
	관련자와의 관계 의	전화번호	
신청사유			

「민주화운동관련자 명예회복 및 보상 등에 관한 법률」 제13조에 따라 위원회 명보위 제 호 신청에 대한 년 월 일자 기각 또는 보상금 등의 지급결정에 대하여 재심을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

대리인

(서명 또는 인)

민주화운동관련자명예회복및보상심의위원회 귀하

첨부서류	1. 지정병원등(국립종합병원, 의과대학부속병원, 위원회가 지정하는 병원)에서 발급한 신체(정신) 장 해진단서 1부(장해등급 판정에 이의가 있는 경우에만 해당합니다) 2. 그 밖에 재심신청 사유를 증명할 수 있는 자료 1부	수수료 없음
------	--	-----------