

장애등급 판정신청서

※ []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다.

[] 재심 신체검사 [] 재판정 신체검사				
접수번호		접수일		처리기간 1일
신청인	등록번호		성명	주민등록번호 -
	주소 (전화번호 :)			
후유의증 또는 후유증2세 질병명				
장애등급 판정	최초 장애등급		최종 장애등급	
	판정일		판정일	
	종합판정등급	도 장애	종합판정등급	도 장애
	신체검사 담당 의사 소견		신체검사 담당 의사 소견	
신청 사유				

「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 6조의2, 같은 법 시행령 제7조·제9조의2 및 같은 법 시행규칙 제7조에 따라 장애등급 판정을 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

지방보훈청장·보훈지청장·제주특별자치도지사 귀하

신청인 제출 서류	해당 분야의 전문의가 발행한 진단서 1통(최종 장애등급 판정을 받은 날부터 2년이 지난 후에 신청하는 경우에는 제출하지 않습니다)		수수료 없음			
처 리 절 차						
신청서 접수 (지)청장	→	신체검사 보훈병원	→	장애등급판정 지방보훈청장	→	등록·결정 (지)청장
확 인						
담당	주무	과장	(지)청장	소견	[] 승인 [] 불승인	
				사유		