

손실보상청구서

처리기간 30일		
청구인	성명	주민등록번호
	전화번호	경영자 또는 소유자와의 관계
	주소	
경영자 또는 소유자	성명	주민등록번호
	주소	전화번호
손실 세부사항	감염병관리기관 또는 시설 명칭	
	감염병관리기관 또는 시설 소재지	
	요양기관번호 또는 사업자등록번호	
	손실 내용	
	손실 발생기간	
	손실보상 요구 금액	
	손실보상 요구 금액 산출 근거	

「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제70조 및 같은 법 시행규칙 제46조에 따라 위와 같이 청구합니다.

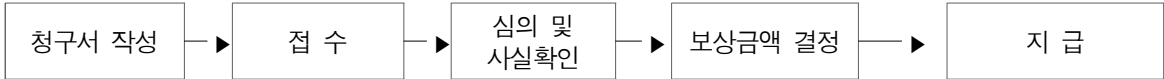
년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

보건복지부장관, 특별시장·광역시장·특별자치시장·
도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	손실에 관한 증명서류 1부	수수료 없음
------	----------------	-----------

처리절차



청구인

처리기관: 보건복지부, 시·도 또는 시·군·구