

의료지원금 결정서

(앞쪽)

접수번호		법난위	의료	제	호
신청인	성명(한글) (한자)		생년월일		
	주소 (전화번호:)				
	피해자와의 관계 의				
피해자	성명(한글) (한자)		생년월일		
	당시 주소				
결정주문					

※ 결정이유는 뒤쪽에 적혀 있습니다.

년 월 일

10·27법난피해자명예회복심의위원회

위원장	(서명 또는 인)	위 원	(서명 또는 인)
위 원	(서명 또는 인)	위 원	(서명 또는 인)
위 원	(서명 또는 인)	위 원	(서명 또는 인)
위 원	(서명 또는 인)	위 원	(서명 또는 인)
위 원	(서명 또는 인)	위 원	(서명 또는 인)
위 원	(서명 또는 인)		

의료지원금 결정액	1. 치료비	
	2. 간병비	
	3. 보조장구 구입비	
	계	
사전 지급액		
지급액		

결정이유

[사실 관계]

[의료지원금 산출내역]