

동의 및 청구서

접수번호	법난위 의료	제	호	결정일자	처리기간	15일
------	--------	---	---	------	------	-----

결정 주문

청구인	성명(한글) (한자)	생년월일
	주소 (전화번호:)	
	피해자와의 관계 의	
	은행 계좌번호	

피해자	성명(한글) (한자)	생년월일
	당시 주소	

1. 청구인은 「10·27법난 피해자의 명예회복 등에 관한 법률 시행령」 제11조에 따른 위 의료지원금 지급결정에 대하여 이의가 없습니다.
2. 청구인은 의료지원금 결정액을 받으려고 합니다.
3. 청구인은 명예회복 조치나 의료지원금을 받은 경우에는 그 사건에 관하여 같은 내용으로 법원에 제소하지 않는 등 어떠한 방법으로도 다시 청구하지 않겠다는 것을 서약합니다.

년 월 일

청구인 (서명 또는 인)

10·27법난피해자명예회복심의위원회 귀하

신청인 제출서류	청구인의 금융기관 거래통장 사본 1부	수수료 없음
담당 공무원 확인사항	청구인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(동의 및 청구서에 서명한 경우에 한정합니다) 1부	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인 (서명 또는 인) 주민등록번호