

재심신청서

접수번호	접수일	처리기간	3개월
특수임무 수행자	성명(한자) ()	생년월일	
	본적	당시주소	
신청인 (2명 이상은 별지 제6호서식 사용)	성명(한자) ()	생년월일	
	주소	(전화번호:)	
	특수임무수행자와의 관계 의		
신청사유			

「특수임무수행자 보상에 관한 법률」 제13조 및 같은 법 시행령 제21조에 따라 특보위 보상 제 호 지급신청에 대한 년 월 일자 기각 또는 보상금등의 지급결정에 대하여 재심을 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)
대리인 (서명 또는 인)

특수임무수행자보상심의위원회 귀하

첨부서류	1. 지정병원(국립종합병원·전국 의과대학 부속병원 또는 위원회가 지정하는 병원)에서 발급하는 별지 제12호서식의 신체(정신)장애진단서(장애등급판정에 이의가 있는 경우에 한정합니다) 1부 2. 그 밖에 재심신청사유를 증명할 수 있는 자료 1부	수수료 없음
------	---	-----------

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]