

희생자신고서(후유장애자용)

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호		접수일자		처리기간		
신고인	성명(한글) (한자)			생년월일		
	주소					
	희생자와의 관계 의			전화번호		
희생자	성명(한글) (한자)			생년월일	성별 []남 []여	
	등록기준지					
	주소			전화번호		
	피해상황	발생 일시		당시 연령	당시 직업	
		주요 내용				

의료지원금 지급 검토사항

후유장애 내용	「제주4·3사건 진상규명 및 희생자명예회복에 관한 특별법 시행령」 별지 제1호서식 (나)에 작성				
향후 치료비	[] 필요		[] 불필요		
개호비	[] 필요		[] 불필요		
보조장구 구입비	[] 필요		[] 불필요		

「제주4·3사건 진상규명 및 희생자명예회복에 관한 특별법」 제4조제2항 및 같은 법 시행령 제8조에 따라 희생자(후유장애) 신고를 합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

제주4·3사건진상규명및희생자명예회복실무위원회위원장

귀하

제출서류	1. 국립종합병원, 의과대학부속병원 또는 실무위원회가 지정하는 병원에서 발급한 진단서 2. 신청사유를 소명할 수 있는 증명자료(다만, 이를 첨부하기 곤란한 경우에는 제주4·3사건 당시 제주특별자치도에 거주한 사람으로서 신청일 현재 65세 이상인 주민 2명이 「제주4·3사건 진상규명 및 희생자명예회복에 관한 특별법 시행령」 별지 제3호서식에 따라 각각 또는 연명으로 작성한 보증서로 대신할 수 있습니다)	수수료 없음
------	--	-----------

[별지 제1호서식] (나)

후유장애 내용

인 적 사 항	성 명 (한자)	생년월일	성별	주 소
	()			