

재심의 신청서

※ []에는 해당하는 곳에 √표를 합니다.

접수번호		접수일자	처리기간
신청인	성명(한글) (한자)		생년월일
	주소		
	희생자와의 관계		전화번호

신청유형	[] 희생자 결정	[] 유족 결정	[] 의료지원금 지급 결정
------	------------	-----------	-----------------

신 청 사 유	
---------	--

「노근리사건 희생자심사 및 명예회복에 관한 특별법」 제11조 및 같은 법 시행령 제13조에 따라 희생자 및 그 유족의 결정 또는 의료지원금의 지급 결정에 이의가 있어 재심의를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

노근리사건희생자심사및명예회복(실무)위원회위원장 귀하

첨부서류	재심의 신청사유를 증명할 수 있는 증명자료 1부	수수료 없 음
------	----------------------------	------------

유 의 사 항	
1. 희생자 및 유족으로 결정받으려는 사람은 희생자 및 유족의 결정에 이의가 있는 때에는 노근리사건희생자심사및명예회복위원회의 결정을 통지받은 날부터 30일 이내에 노근리사건희생자심사및명예회복위원회에 재심의를 신청할 수 있습니다.	
2. 희생자 및 유족은 의료지원금의 지급에 관한 결정에 이의가 있는 때에는 노근리사건희생자심사및명예회복실무위원회의 결정을 통지받은 날부터 30일 이내에 노근리사건희생자심사및명예회복실무위원회에 재심의를 신청할 수 있습니다.	

처 리 절 차	
---------	--

신청서 작성	➔	접 수	➔	검토·심사	➔	재심의 결정	➔	신청인에게 통지
--------	---	-----	---	-------	---	--------	---	----------