

(앞 쪽)

등 록 번 호		☐ 재 심 ☐ 재 분 류				장 애 등 급 판 정 신 청 서		처리기간		
								1 일		
성 명				주민등록번호		-				
주 소		(☎)								
후유의증 또는 후유증 2세 질병명										
장 애 등 급 판 정		최 초 장 애 등 급			최 종 장 애 등 급					
		판정연월일		. . .		판정연월일		. . .		
		종 합 판 정 등		도 장 애		종 합 판 정 등		도 장 애		
		심 사 위 원 소 견								
신 청 사 유										
고엽제후유의증환자지원등에관한법률시행령 제7조의 규정에 의하여 재심 (재분류) 장애등급판정을 위와 같이 신청합니다. 년 월 일 신청인 : (서명 또는 인)										
지 방 보 훈 청 장 보 훈 지 청 장 귀하										
관할(지)청장		승 인 , 불 승 인		사 유						
구비서류		해당 분야의 전문의가 발행한 진단서 1통 (최종의 등급판정을 받은 날부터 2년이 경과한 후에 신청하는 경우에는 이를 제출하지 아니한다)							수 수 료	
									없 음	
접 수	일 자	번 호	결 재	담 당	주 무	과 장	(지) 청 장			

210mm×297mm (보존용지(1종)/70g/m²)

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

(뒷 쪽)

