

[서식5]

이의신청서

* 뒤쪽의 작성방법을 참고하여 작성하시기 바랍니다.

(앞쪽)

처분을 받은 자	성명		주민등록번호	
	주소			
처분의 내용	(처분 보건소 :) (여백 부족 시 별지 사용)			
처분통지를 받은 날	년	월	일	
이의신청의 취지와 사유	(여백 부족 시 별지 사용)			
처분 보건소의 고지 유무			고지내용	

보건소의 처분에 대하여 위와 같이 이의신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

생년월일:

주소:

처분을 받은 자와의 관계:

전화번호:

전자우편주소:

_____보건소장 귀하

1. 첨부서류 : 주장하는 사실을 입증할 수 있는 서류

작성 방법

- ① 정신질환자 치료비 지원 지급결정 등에 관하여 보건소로부터 처분을 받은 사람의 성명, 주민등록번호(외국인의 경우에는 외국인등록번호), 주소를 적습니다.(법인인 경우에는 법인명, 사업자등록번호, 사업장 주소를 적습니다.)
- ② 정신질환자 치료비 지원에 관하여 이의신청의 대상이 되는 보건소의 구체적인 처분 내용을 적습니다.
※ ‘처분 보건소’에는 해당 처분을 한 보건소를 적습니다.
- ③ 보건소의 처분통지를 받은 연월일을 적습니다.
- ④ 보건소에 대하여 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상·사실상의 근거가 되는 내용을 적습니다.
- ⑤ 처분 보건소의 이의신청에 관한 고지의 유무를 적습니다.

처리절차

