

[별제 제2호서식]

대상구분	보훈번호	<b>장애인인정신청서</b>				처리기간
						4일
연금 수급권자	성명		주민등록번호			
	주소	(☎ )				
장애인	성명		주민등록 번호		연금수급권 자와의관계	
장애사항	○ 발병일자 : ○ 장애상태 :					
국가유공자예우등에관한법률시행령 제7조 또는 제21조의 규정에 의하여 위와같이 장애인인 정 신청을 합니다. 년 월 일 신청인 (서명 또는 인) 지방보훈청장 귀하 보훈지청장						
구비서류 1. 해당분야의 전문의가 발행한 진단서 또는 소견서 1통 2. 사진(2cm×3cm)					수수료	
					없음	

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다

