

[서식 예] 장애등급 결정처분 취소청구의 소

소 장

원 고 ○ ○ ○(주민등록번호)

○○시 ○○구 ○○길 ○○ (우편번호 ○○○-○○○)

피 고 근로복지공단

○○시 ○○구 ○○길 ○○ (우편번호 ○○○-○○○)

대표자 이사장 △△△

장애등급결정처분 취소청구의 소

청 구 취 지

1. 피고가 20○○. ○. ○.에 원고에 대하여 한 장애등급결정처분을 취소한다.
 2. 소송비용은 피고의 부담으로 한다.
- 라는 판결을 구합니다.

청 구 원 인

1. 원고는 소외 □□철강주식회사의 현장에서 근무 중 20XX. X. X.에 한 손의 엄지손가락과 둘째손가락을 상실하는 업무상 재해를 입었으나 이는 제7급 6호의 장애등급에 해당됨에도 불구하고 제8급 3호의 장애등급에 해당한다는 결정 처분하였습니다(산업재해보상보험법 제57조 제2항, 산업재해보상보험법 시행령 제53조 및 별표 6 각 참조).

2. 이에 원고는 한 손의 엄지손가락을 포함하여 2개의 손가락을 상실한 자와 둘째 손가락을 상실한 자는 구별이 되어야 함에도 이를 간과한 점을 들어 제8급 3호의 장애등급 결정처분을 취소하고자 이 건 청구에 이른 것입니다.

입 증 방 법

1. 갑 제1호증 결정서 등본

첨 부 서 류

- | | |
|-----------|----|
| 1. 위 입증방법 | 1통 |
| 1. 소장부분 | 1통 |
| 1. 납 부 서 | 1통 |

20○○. ○. ○.

원 고 ○ ○ ○ (인)

○ ○ 행 정 법 원 귀중

관할법원	※ 아래(1)참조	제소기간	※ 아래(2) 참조
청 구 인	피처분자	피청구인	행정처분을 한 행정청
제출부수	소장 1부 및 상대방수 만큼의 부분 제출	관련법규	행정소송법 9 ~ 34조
비 용	• 인지액 : ○○○원(☞민사접수서류에 붙일 인지액 참조) • 송달료 : ○○○원(☞적용대상사건 및 송달료 예납기준표 참조)		
불복방법 및 기 간	• 항소(행정소송법 8조, 민사소송법 390조) • 판결이 송달된 날로부터 2주일내(행정소송법 8조, 민사소송법 396조)		

※ (1) 관할법원(행정소송법 9조)

1. 취소소송의 제1심 관할법원은 피고의 소재지를 관할하는 행정법원임. 다만, 중앙행정기관, 중앙행정기관의 부속기관과 합의제행정기관 또는 그 장과 국가의 사무를 위임 또는 위탁받은 공공단체 또는 그 장에 대하여 취소소송을 제기하는 경우 대법원 소재지를 관할하는 행정법원에 제기할 수 있음.
2. 토지의 수용 기타 부동산 또는 특정의 장소에 관계되는 처분 등에 대한 취소소송은 그 부동산 또는 장소의 소재지를 관할하는 행정법원에 이를 제기할 수 있음.

※ (2) 제소기간(행정소송법 20조)

1. 취소소송은 처분 등이 있음을 안 날부터 90일 이내에 제기하여야 함. 다만, 다른 법률에 당해 처분에 대한 행정심판의 재결을 거치지 아니하면 취소소송을 제기할 수 없다는 규정이 있는 때와 그밖에 행정심판청구를 할 수 있는 경우 또는 행정청이 행정심판청구를 할 수 있다고 잘못 알린 경우에 행정심판 청구가 있는 때의 기간은 재결서의 정본을 송달받은 날부터 기산함.
2. 취소소송은 처분 등이 있는 날부터 1년(제1항 단서의 경우는 재결이 있는 날부터 1년)을 경과하면 이를 제기하지 못함. 다만, 정당한 사유가 있는 때에는 그러하지 아니함.