

# 재심사 청구서

※ 색상이 어두운 난은 청구인이 작성하지 않으며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

| 접수번호         |                                                                                                                                                                              | 접수일              |         |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|
| 청구인          | 성명                                                                                                                                                                           | 생년월일<br>(남, 여)   | 전화번호    |
|              | 주소                                                                                                                                                                           |                  | 환자와의 관계 |
| 환자           | 성명                                                                                                                                                                           | 주민등록번호<br>(남, 여) | 전화번호    |
|              | 주소                                                                                                                                                                           |                  |         |
| 재심사대상        | <input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제59조제4항에 따른<br>심사결과에 불복하는 경우<br>(통지서 수령일:          년          월          일,      청구번호:                          호) |                  |         |
|              | <input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제59조제1항 및 제3항<br>에 따른 심사기간 내에 심사를 받지 못한 경우                                                                         |                  |         |
|              | <input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제3항에 따른<br>외래치료 지원 결정 및 같은 조 제8항에 따른 외래치료 지원 연장 결정에 불복하는<br>경우                                                 |                  |         |
| 입원등<br>기관·시설 | 명칭                                                                                                                                                                           |                  |         |
|              | 주소                                                                                                                                                                           |                  |         |

재심사 청구내용

재심사 청구사유

「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제60조제1항, 같은 법 시행령 제30조제2항 및 같은 법 시행규칙 제45조제1항에 따라 위와 같이 재심사를 청구합니다.

년            월            일

청구인 성명

(서명 또는 인)

시 · 도지사 · 특별자치시장 · 특별자치도지사 귀하

---

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 첨부<br>서류 | 1. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 제45조제2항에 따른 해당 심사 기간 또는 연장 기간 내에 심사를 받지 못했음을 입증하는 서류 1부 (심사기간 또는 연장기간 내에 심사를 받지 못한 경우만 해당합니다)<br>2. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 별지 제22호서식에 따른 심사결과 통지서 사본 1부 (심사결과, 외래치료 지원 결정 및 외래치료 지원 연장 결정에 불복하는 경우만 해당합니다) | 수수료<br>없음 |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)