

## 재심사 청구서

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

접수번호		접수일	
청구인	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	주소		환자와의 관계
환자	성명	주민등록번호 (남, 여)	전화번호
	주소		
재심사대상	<input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제59조제4항에 따른 심사결과에 불복하는 경우 (통지서 수령일:       년    월    일,    청구번호:                    호) <input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제59조제1항 및 제3항에 따른 심사기간 내에 심사를 받지 못한 경우 <input type="checkbox"/> 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제3항에 따른 외래치료 지원 결정 및 같은 조 제8항에 따른 외래치료 지원 연장 결정에 불복하는 경우		
입원등 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 서류	1. 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행규칙」 제45조제2항에 따른 해당 심사기간 또는 연장 기간 내에 심사를 받지 못했음을 입증하는 서류 1부 (심사기간 또는 연장기간 내에 심사를 받지 못한 경우만 해당합니다) 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 없음
----------	---	-----------