

외래치료 지원 대상자 평가명령서

평가명령 대상자	성명	생년월일 (남, 여)	연락처
	주소		

1. 귀하는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조에 따른 외래치료 지원 결정을 받은 사람입니다.
2. 귀하에 대한 외래치료 지원 결정을 더 유지할지 여부에 대해 확인하기 위하여 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제64조제5항 및 같은 법 시행규칙 제47조의2제2항에 따라 다음과 같이 지정정신의료기관에서 평가를 받도록 명합니다.

지정 정신의료기관	명칭	담당자	연락처
	주소		
평가기한	년 월 일까지(이 평가명령서를 받은 날부터 14일 이내) (담당자와 연락하여 진료가능일자를 확인하시기 바랍니다)		

년 월 일

**특별자치시장 · 특별자치도지사 ·
시장 · 군수 · 구청장**

직인

평가명령대상자 귀하

평가명령은 아래와 같이 진행됩니다.

처 리 절 차

