様式第1号(第1条関係)

年　　月　　日

　福井県知事　様

申請者　氏　　　　　　　　名

|  |  |
| --- | --- |
|  | 精神障害者(精神障害の疑いのある者)の診察および保護申請書 |

　精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定により下記のとおり診察および保護を申請します。

記

1　申請者の住所、氏名、生年月日および本人との続柄

2　本人の現在場所、居住地、氏名、性別および生年月日

3　症状の概要

4　現に本人の保護に当たっている者があるときは、その者の住所および氏名