

××××人民检察院

不提出强制医疗申请决定书

××检××医不申〔20××〕××号

（涉案精神病人）……（写明姓名、性别、出生年月日、户籍地、公民身份号码、民族、文化程度、职业或者工作单位及职务、住址、曾受到行政处罚、刑事处罚的情况、采取临时保护性约束措施的情况等）

法定代理人……（写明姓名、性别、出生日期、单位）

因×××（涉案精神病人）涉嫌实施××行为，×××（公安机关）于××××年×月×日向本院移送强制医疗意见书。

公安机关认定的事实：……

经本院依法审查查明：……（叙写检察机关认定的事实及相应的证据，重点反映不符合法律规定的强制医疗条件的情况。）

本院认为，×××（公安机关）向本院移送的强制医疗案件，不符合《中华人民共和国刑事诉讼法》第三百零二条规定的条件，依法决定不提出强制医疗申请。

××××人民检察院

20××年×月×日

（院印）

制作说明

一、本文书依据《中华人民共和国刑事诉讼法》第三百零二条、第三百零三条第二款的规定制作。为人民检察院对侦查机关移送的强制医疗意见书审查后，依法决定不提出强制医疗申请时使用。

二、本文书应当有正本、副本之分，其中正本一份归入正卷，副本送被申请人或者其法定代理人及其诉讼代理人、被害人或者其近亲属及其诉讼代理人、公安机关。