

様式 13

医療観察 24 時間対応体制加算（基準告示第 3 に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域又は地域の相互支援ネットワークに参画している場合）に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先
担当者氏名：
電話番号：

受理番号	(医訪看対23)	号
------	----------	---

受付年月日	令和 年 月 日
-------	----------

決定年月日	令和 年 月 日
-------	----------

(届出事項) 医療観察24時間対応体制加算
(基準告示第3に規定する地域又は医療を提供しているが医療資源の少ない地域又は地域の相互支援ネットワークに参画している場合)

上記のとおり届け出ます。
令和 年 月 日

医療観察訪問看護事業者
の所在地及び名称

- ① 代表者の氏名
② 代表者の氏名

地方厚生局長 殿

	①	②
ステーションコード*		
訪問看護事業型指定通院医療機関の所在地及び名称	()基準告示第3 ()医療資源の少ない地域 ()地域の相互支援ネットワークに参画	()基準告示第3 ()医療資源の少ない地域 ()地域の相互支援ネットワークに参画
管理者の氏名		

医療観察24時間対応体制加算に係る届出内容

○連絡相談を担当する職員()人(①・②訪問看護事業型指定通院医療機関の合計)

訪問看護事業型指定通院医療機関	①			②		
連絡相談を担当する職員	人			人		
保健師	人	常勤 人	非常勤 人	人	常勤 人	非常勤 人
看護師	人	常勤 人	非常勤 人	人	常勤 人	非常勤 人

○連絡方法

--	--

○連絡先電話番号

1	()	1	()
2	()	2	()
3	()	3	()

※ 連絡相談担当は保健師又は看護師の別に記載すること。

※ 連絡先電話番号については、直接連絡のとれる連絡先を複数記載すること。