別紙様式３

24 時間対応体制加算（基準告示第３に規定する地域、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①　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

連絡先②　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看23）　　号

受付年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）24時間対応体制加算
（基準告示第３に規定する地域、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。

年　　月　　日

指定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

中国四国厚生局長　殿

	①	②
ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ		
指定訪問看護ステーションの所在地及び名称	（　）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		

※ 基準告示第３に規定する地域、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のうち、該当するものに○を付すこと。（該当するもの全てに○を付すこと。）

１．24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訪問看護ステーションの合計）

訪問看護ステーション	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
助産師	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、助産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。