

別紙様式2

精神科訪問看護基本療養費に係る届出書（届出・変更・取消し）

受理番号	(訪看 10)	号
------	---------	---

受付年月日	平成 年 月 日
-------	----------

決定年月日	平成 年 月 日
-------	----------

(届出事項) 精神科訪問看護基本療養費に係る届出

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日 (届出を行わずに算定を始めた時点：平成 年 月 日)

指定訪問看護事業者
の所在地及び名称

代表者の氏名 印

関東信越厚生局長 殿

届出内容（届出を行わずに算定を始めた時点の事業所の状況）

ステーションコード

指定訪問看護ステーションの
所在地及び名称

管理者の氏名

当該届出に係る指定訪問看護を行う看護師等

氏名	職種	当該指定訪問看護を行うために必要な経験内容

備考：職種とは保健師、看護師、准看護師又は作業療法士の別を記載すること

：経験内容は、具体的かつ簡潔に記載すること

：届出書は正副2通を提出すること