別紙様式１

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 指定訪問看護事業者 の所在地及び名称 代表者の氏名　　印 地方厚生（支）局長　殿

届出内容

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

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
：精神科訪問看護に関する研修を修了している者については、研修を修了したことが確認できる文書を添付すること。
：届出書は正副２通を提出すること