別紙様式２

24時間対応体制加算・特別管理加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　）　電話番号：（　　）

受理番号	（訪看23、25）　　号

受付年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日

（届出事項）

１．24時間対応体制加算　　２．特別管理加算

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

代表者の氏名

地方厚生（支）局長　殿

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

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

保健師	人	常勤	人	非常勤	人
助産師	人	常勤	人	非常勤	人
看護師	人	常勤	人	非常勤	人

○連絡方法

○連絡先電話番号

1	（　　）	4	（　　）
2	（　　）	5	（　　）
3	（　　）	6	（　　）

※ 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。

２．特別管理加算に係る届出内容

○24時間対応体制加算を算定できる体制を整備している。
　既届出の場合：受理番号（　　）、本届出による。（有、無）
○当該加算に対応可能な職員体制・勤務体制を整備している。（有、無）
○病状の変化、医療機器に係る取扱い等において医療機関等との密接な連携体制を整備している。（有、無）

備考：「２．特別管理加算」単独の届出は、認められないこと。