様式40の９の３

医療的ケア児（者）入院前支援加算の施設基準に係る届出書添付書類

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名 |  |
| 住所 |  |

|  |
| --- |
| 直近１年間の医療的ケア判定スコア16点以上入院患者数  （算出期間　　年　　月　　日～算出期間　　年　　月　　日） |
| 名 |