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 | | | 令和　　年　　月　　日 | |  | 決定年月日 | 令和　　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。  　　令和　　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  　東北厚生局長　殿 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 届出内容 | | | | | | | | | | | | |
|  | 指定訪問看護ステーションの | | | | | | | | ステーションコード |  | |  |
|  |  | |
| 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 | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| ※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 | | | | | | | | |
| 備考：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。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |