別紙様式５

精神科重症患者支援管理連携加算・精神科複数回訪問加算に係る届出書（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 27、28　　）　　号

受付年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日

（届出事項）

１．精神科重症患者支援管理連携加算　　２．精神科複数回訪問加算

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

１．精神科訪問看護基本療養費に係る届出内容

○届出状況　　本届出時に提出　・　既届出：受理番号（　　）

２．24 時間対応体制加算に係る届出内容

○届出状況　　有　（　本届出時に提出　・　既届出：受理番号（　　））
　　無

※　精神科複数回訪問加算を届け出る場合は、24 時間対応体制加算を届け出ている必要がある。

備考：24 時間対応体制加算を届け出ていない場合であって、精神科重症患者支援管理連携加算を届け出る場合は、連携する保険医療機関が 24 時間の往診又は精神科訪問看護・指導を行うことができる体制であることが確認できる文書を添付すること。