

別添

施設基準に係る届出書

連絡先 担当者氏名： 電話番号：	届出番号
(届出事項)	
[医療観察 24 時間対応体制加算] の施設基準に係る届出	
<p><input type="checkbox"/> 当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第1項、健康保険法第 78 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 72 条第 1 項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。(訪問看護事業型指定通院医療機関においては、当該届出を行う前6月間において、地方厚生局に対して、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第 85 条第 1 項、健康保険法第 94 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 81 条第1項の規定に基づく検査等の結果、指定訪問看護の内容又は訪問看護療養費の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。)</p> <p>標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>指定医療機関の所在地及び名称</p> <p style="text-align: center;">開設者名</p> <p>東海北陸厚生局長 殿</p>	
備考1 []欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。	
2 <input type="checkbox"/> には、適合する場合「レ」を記入すること。	
3 届出書は、1通提出のこと。	

様式 12

医療観察 24 時間対応体制加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先 担当者氏名： 電話番号：		受理番号 (医訪看対 23) 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) 医療観察 24 時間対応体制加算			
上記のとおり届け出ます。 令和 年 月 日 医療観察訪問看護事業者 の所在地及び名称 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">代表者の氏名</div> 東海北陸厚生局長 殿			
ステーションコード			
訪問看護事業型指定通院医療機関の 所在地及び名称 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">管理者の氏名</div>			
届出内容			
○連絡相談を担当する職員 () 人			
保健師	人	常 勤	非 常 勤
		人	人
看護師	人	常 勤	非 常 勤
		人	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、看護師の別を記載すること。 ※ 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。			