

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

地方厚生（支）局長 殿

届出内容

指定訪問看護ステーションの

所在地及び名称

ステーションコード

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。