

様式1

(老人) 訪問看護基本療養費 (Ⅱ) に係る届出書 (届出・変更・取り消し)

受理番号		(訪看10)		号					
受付年月日	平成	年	月	日	決定年月日	平成	年	月	日
(届出事項) (老人) 訪問看護基本療養費 (Ⅱ) に係る届出									
上記のとおり届け出ます。 平成 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		
都道府県知事					殿				
地方社会保険事務局長					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 (老人) 訪問看護を行う看護師等									
氏名		職種		当該指定 (老人) 訪問看護を行うために必要な経験内容					
備考：職種とは保健師、看護師又は作業療法士の別を記載すること ：経験内容は、具体的簡潔に記載すること ：届出書は正副2通を提出すること									