

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定更新申請書  
（指定訪問看護事業者等用）

|             |                |   |
|-------------|----------------|---|
| 訪問看護ステーション等 | 名 称            | 〇〇訪問看護ステーション<br>訪問看護ステーションコード（〇〇〇〇〇〇〇）      |
|             | 所 在 地          | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>小田原市〇〇町〇-〇<br>Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇 |
|             | 職員の定数<br>変更の有無 | 有 ・ 無                                       |

裏面に（別表）があるので  
忘れずに記載すること。

名 称 医療法人社団〇〇会

裏面の別表を忘れずに記載  
すること

指定居宅サービス  
事業者・指定訪問  
看護事業者・指定  
介護予防サービス  
事業者（\*）

主たる事務所の  
所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
鎌倉市〇〇町〇-〇-〇  
Tel 〇〇〇〇（〇〇）〇〇〇〇

代  
表  
者

住 所

伊勢原市□□町□-□

氏 名

□□ □□

変更がある場合は、変更届  
出書も提出すること

生年月日

□年□月□日

職名

理事長

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第60条第1項の規定に基づき指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を更新されたいので申請します。

また、同法第59条第3項で準用する同法第36条第3項（第1号から第3号まで及び第7号を除く）の規定いずれにも該当しないことを誓約します。

〇年 〇月 〇日

提出日を記載する  
こと。

指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
指定介護予防サービス事業者

（下記下線部に  
（\*）と同じ住所等を記載

所在地 鎌倉市〇〇町〇-〇-〇

名 称 医療法人社団〇〇会

開設者（\*）と同じ内容とすること。

代表者 理事長 □□ □□

神奈川県知事 殿

※ 「職員の定数の変更の有無」において、直近の指定の申請（変更届出含む）から変更があった場合は、別表に記入すること。

(別表)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護保険法第 8 条の 2 第 4 項に規定する介護予防訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

| 職 種  | 定 数                                       |
|--|---|
| <div>看護師</div> <div>理学療法士</div> <div>作業療法士</div> | <div>○人</div> <div>○人</div> <div>○人</div> |

（備考）職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

**療養担当規程を遵守し、更新申請時には必ず自己点検表を提出して下さい。**

『神奈川県指定自立支援医療機関実施要項』に基づき、自立支援医療の質の確保及び支給の適正化を図るため、療養担当規定を遵守していることについて、自己点検表による点検を実施していただきます。

指定自立支援医療機関(精神通院医療)自己点検表(訪問看護)

医療機関名: ○○訪問看護ステーション

| 点検項目           |   | チェック欄 |
|----------------|---|-------|
| 1 基本方針         | (1) 指定自立支援医療機関は、支給認定に係る障害者等の心身の障害の状態の軽減を図り自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、良質かつ適切な自立支援医療を行っているか。 |       |
| 2 療養担当規程の遵守状況  | (1) 受診者の訪問看護を正当な事由がなく拒んでいないか。   |       |
|                | (2) 医療受給者証(申請中の場合は、申請書の控え)が有効であることを確認した上で訪問看護を行っているか。                                     |       |
|                | (3) 受診者がやむを得ない事情がある場合、便宜な時間を定めて訪問看護を行っているか。   |       |
|                | (4) 訪問看護に関する諸記録に必要な事項を記載しているか。  |       |
|                | (5) 訪問看護及び訪問看護報酬の請求に関する帳簿等を完結の日から 5 年間保存しているか。  |       |
| 3 人員体制、設備の整備状況 | (1) 適切な訪問看護等が行える事業所であること。また、そのために必要な職員を配置していること。  |       |
| 4 その他          | (1) 自立支援医療費の請求は、適正に行っているか。  |       |
|                | (2) 負担上限月額が設定されている受診者等について、適切に自己負担の徴収をしているか。また、自己負担上限額管理票へ適切に記載をしているか。(※)                 |       |

(※) これまでに、次のような不適切な事例が見受けられましたので、ご留意いただくようお願いします。

例：受診者が、病院、薬局及び訪問看護ステーションを利用している場合に、受診機関の内、いずれかの機関が月末に自己負担上限額管理表へまとめて記載したところ、月途中で上限額を超えていたことが判明し、医療費の調整が必要となってしまった。

変更がある場合は、変更届出書(第6号様式-②)も併せて提出すること。

第6号様式-②

指定自立支援医療機関(精神通院医療)変更届出書  
(指定訪問看護事業者等用)

|   |                |                  |  |     |  |
|---|----------------|------------------|--|-----|--|
| 訪問看護<br>ステーション等   | 名 称            |                  | 〇〇訪問看護ステーション<br>訪問看護ステーションコード(〇〇〇〇〇〇〇)       |     |  |
|   | 所 在 地          |                  | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>小田原市〇〇町〇-〇<br>Tel 〇〇〇〇(〇〇) 〇〇〇〇 |     |  |
|   | 職員の定数          |                  | (別表)   |     |  |
| 指定居宅サービス<br>事業者・指定訪問<br>看護事業者・指定<br>介護予防サービス<br>事業者(*)  | 名 称            |                  | 医療法人社団〇〇会                                    |     |  |
|   | 主たる事務所の<br>所在地 |                  | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>鎌倉市〇〇町〇-〇<br>Tel 〇〇〇〇(〇〇) 〇〇〇〇  |     |  |
|   | 代<br>表<br>者    | 住 所              | 秦野市〇〇町〇-〇-〇 伊勢原市□□町□-□                       |     |  |
|   |                | 氏 名              | 〇〇-〇〇 □□ □□                                  |     |  |
| 生年月日  |                | 〇年〇月〇日<br>□年□月□日 | 職名   | 理事長 |  |
| <p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第64条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行います。</p> <p>〇年 〇月 〇日</p> <p>提出日を記載すること。</p> <p>指定居宅サービス事業者<br/>指定訪問看護事業者<br/>指定介護予防サービス事業者</p> <p>下記下線部に<br/>(*)と同じ住所等を記載</p> <p>所在地 鎌倉市〇〇町〇-〇-〇</p> <p>名 称 医療法人社団〇〇会</p> <p>代表者 理事長 □□ □□</p> <p>開設者(*)と同じ内容とすること。</p> <p>神奈川県知事 殿</p> |                |                  |  |     |  |

※1 直近の指定の申請(変更届出含む)時点から変更が生じていない事項については、当該事項に係る(別表)への記入や添付書類を省略することができる。

※2 変更部分について、下線(二重線)を引くこと。