|  |
| --- |
| 訪問看護ステーションの管理者記入用 |

**精神科訪問看護に関する届出書**

奈良県精神保健福祉センター所長　殿

※　この届出書は、自立支援医療受給者（受給見込者含む）に精神科訪問看護の指示があった場合、訪問看護ステーションにおいて作成し、提出するものです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日  　　　　　　　（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  | | | |
| 訪問看護指示医療機関 |  | | | |
| 主治医氏名 |  | | | |
| 訪問看護  指示期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　　　年　　　月　　　日まで | | | |
| 主たる傷病名 |  | | | |
| 上記医療機関（主治医）の指示にもとづき、自立支援医療受給者（受給見込者含む）の精神科訪問看護を実施します。  　　　　年　　　月　　　日  　　　　　訪問看護ステーション名  　　　　　所在地  　　　　　電話番号  医療機関コード  　　　　　自立支援医療（精神通院）  　　　　　指定医療機関指定年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　訪問看護ステーション管理者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

※本様式のみの届出はできません。自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書と併せて届出してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２０２０．０７版）