

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請確認表

事業所名 _____

（17）訪問看護ステーション

確認事項	（主担当者氏名）	（副担当者氏名）
訪問看護事業者名及び訪問看護ステーション名が記載されているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
訪問看護事業者が、介護保険法に規定する指定訪問看護事業者又は健康保険法に規定する指定訪問看護事業者の指定を受けているか。	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他
指定更新の場合、指定内容に変更はないか。（変更がある場合は、変更届出が必要。）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
指定の更新の場合、自己点検表により自己点検を実施しているか。（指定更新申請書に自己点検の実施状況が記載されているか確認する。） ※自己点検表の様式は県 HP に掲載	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <input type="checkbox"/> その他