（参考様式22）

**看取り介護加算にかかる確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 異動等区分 | １　新規　　　２　変更　　　３　終了 |
| 施設種別 | １　認知症対応型共同生活介護 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看取り加算に関する届出内容　事業所の職員として看護師を確保している場合

|  |  |
| --- | --- |
| 看護師 | 人　 |

　　※当該職員の資格証の写しを添付してください。　病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携により看護師を確保している場合

|  |  |
| --- | --- |
| 病院・診療所・訪問看護ステーションの名称 | 事業所番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　※病院，診療所または訪問看護ステーションとの契約書等の写しを添付してください。　連携している病院・診療所・訪問看護ステーションとの移動に要する時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院・診療所・訪問看護ステーションの住所 | 移動手段 | 移動時間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　 |