

(別記第1号様式)

受付番号	
------	--

精神科医療連携体制加算に係る届出書

年 月 日

東京都福祉局長 殿

所在地
届出者 名称
代表者職・氏名 印

東京都障害児(者)短期入所事業取扱要領に基づき、以下のとおり届け出ます。

異動区分		1 新規		2 終了	
異動年月日		年 月 日			
事業所	フリガナ 事業所名称				
	主たる事業所 の所在地	(郵便番号 -) (ビルの名称等)			
	事業所番号		主たる対象		
	医療連携体制加算(IX)の届出		1 届出有		2 届出無
	専門職	氏名	資格名	兼務している職種	

添付書類

- 1 専門職の資格証
- 2 職員配置状況確認調査票
- 3 その他必要な書類