

令和 年 月 日

高齢者施設等感染対策向上加算に係る届出書

1 事業所名	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規 <input type="checkbox"/> 2 変更 <input type="checkbox"/> 3 終了
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 2 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 6 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 7 介護医療院
4 届出項目	<input type="checkbox"/> 1 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ)

5 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	医療機関コード

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名 (※1)	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3 <input type="checkbox"/> 4 外来感染対策向上加算
-----------------	--

地域の医師会の名称 (※1)

院内感染対策に関する研修又は訓練に参加した日時	年 月 日
-------------------------	-------

6 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	<input type="checkbox"/> 1 感染対策向上加算 1 <input type="checkbox"/> 2 感染対策向上加算 2 <input type="checkbox"/> 3 感染対策向上加算 3
-----------------	--

実地指導を受けた日時	年 月 日
------------	-------

備考1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

備考2 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅱ) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。

備考3 高齢者施設等感染対策向上加算 (Ⅰ) 及び (Ⅱ) は併算定が可能である。

備考4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。

(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。