様式第59号

年　　月　　日

障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書

1　事業所名	
2　異動区分	1　新規　　2　変更　　3　終了
3　サービスの種類	1　障害者支援施設　　2　共同生活援助事業所 3　（福祉型）障害児入所施設
4　届出項目	1　障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅰ） 2　障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅱ）

5　障害者支援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	1　感染対策向上加算１　　2　感染対策向上加算２ 3　感染対策向上加算３　　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（※２）	年　　月　　日

6　障害者支援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	1　感染対策向上加算１　　2　感染対策向上加算２ 3　感染対策向上加算３

実地指導を受けた日時	年　　月　　日

注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。

注２　障害者支援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。

注３　障害者支援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。

注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。

（※２）　医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、障害者支援施設等の職員の参加の可否を確認した上で年度内までに当該研修又は訓練に参加できる目処がある場合、その予定日を記載してください。