

様式 40 の 15

地域医療体制確保加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該加算の届出を行った病棟の種別及び病床数	入院基本料又は特定入院料	病棟（室）数	病床数
		棟（室）	床
	合計	—	床
2 救急用の自動車等による搬送実績	期間：（　　）年度 4月～3月		
	上記期間における救急用の自動車等による搬送件数：（　　）件		
3 届出状況	<input type="checkbox"/> 「A237」ハイリスク分娩等管理加算（ハイリスク分娩管理加算に限る。） <input type="checkbox"/> 「A303」総合周産期特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A301-4」小児特定集中治療室管理料 <input type="checkbox"/> 「A302」新生児特定集中治療室管理料		
4 指定状況	<input type="checkbox"/> 総合周産期母子医療センター <input type="checkbox"/> 地域周産期母子医療センター		
5 病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制	様式 40 の 16 に記載すること。		

[記載上の注意]

- 1 「1」については、「病棟（室）数」欄には入院基本料又は特定入院料の区分毎の病棟（室）数を、「病床数」欄には同一区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、「合計」欄には、全ての区分の病棟（室）の病床数を合計した数を、それぞれ記載すること。欄が足りない場合には余白等に追記すること。
- 2 「2」については、届出を行う年度の前年 1 年間（2024 年度に届け出る場合は、2023 年 4 月～2024 年 3 月の 1 年間）の救急用の自動車等による搬送件数を記載すること。
- 3 様式 40 の 16 を添付すること。