

新	旧																																																																																																
<p>第9号様式（第9条関係）</p> <p>指定介護療養型医療施設指定変更申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>知事 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所 開設者（所在地） 氏 名 （名称及び代表者氏名） 印</p> <p>次のとおり指定の変更を申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">介護保険事業者番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">申請に係る施設</td> <td colspan="7">名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="7">所在地</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型</td> <td colspan="7">                     1 療養病床を有する病院                      2 療養病床を有する診療所                      3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院                      4 介護力強化病棟                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）</td> <td style="text-align: center;">（変更前）</td> <td colspan="5"></td> <td style="text-align: center;">（変更後）</td> </tr> </table> <p>備考1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、該当項目番号に○を付してください。</p> <p>2 以下の書類を添付（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）してください。</p> <p>(1) 施設の使用許可証の写し</p> <p>(2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要</p> <p>(3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態</p>		介護保険事業者番号							申請に係る施設	名称								所在地							当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型	1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 4 介護力強化病棟							入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）								入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）	（変更前）						（変更後）	<p>第9号様式（第9条関係）</p> <p>指定介護療養型医療施設指定変更申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>知事 殿</p> <p style="text-align: right;">住 所 開設者（所在地） 氏 名 （名称及び代表者氏名） 印</p> <p>次のとおり指定の変更を申請します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">介護保険事業者番号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">申請に係る施設</td> <td colspan="7">名称</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="7">所在地</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型</td> <td colspan="7">                     1 療養型病床群を有する病院                      2 療養型病床群を有する診療所                      3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院                      4 介護力強化病棟                 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">（変更前）</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">（変更後）</td> </tr> </table> <p>備考1 「当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型」については、該当項目番号に○を付してください。</p> <p>2 以下の書類を添付（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）してください。</p> <p>(1) 施設の使用許可証の写し</p> <p>(2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要</p> <p>(3) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態</p>		介護保険事業者番号							申請に係る施設	名称								所在地							当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型	1 療養型病床群を有する病院 2 療養型病床群を有する診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 4 介護力強化病棟							入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）								入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）	（変更前）			（変更後）			
	介護保険事業者番号																																																																																																
申請に係る施設	名称																																																																																																
	所在地																																																																																																
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型	1 療養病床を有する病院 2 療養病床を有する診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 4 介護力強化病棟																																																																																																
入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）																																																																																																	
入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）	（変更前）						（変更後）																																																																																										
	介護保険事業者番号																																																																																																
申請に係る施設	名称																																																																																																
	所在地																																																																																																
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型	1 療養型病床群を有する病院 2 療養型病床群を有する診療所 3 老人性痴呆疾患療養病棟を有する病院 4 介護力強化病棟																																																																																																
入院患者の推定数（申請に係る事業を行う部分に限る。）																																																																																																	
入院患者の定員 （申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）	（変更前）			（変更後）																																																																																													