

# 届 出 書

平成 年 月 日

京都府知事 様

住 所（法人の場合は主たる事務所）

事業者（法人の場合は名称、代表者職氏名）

現在許可を受けている療養病床に係り、下記のとおり転換病床への変更を届け出ます。

## 記

### 1 事業所の概要

病院名 \_\_\_\_\_ 介護保険事業者番号 \_\_\_\_\_

病院所在地 \_\_\_\_\_

### 2 転換の内容

(1) 現在の療養病床数 \_\_\_\_\_ 床  
うち介護療養型医療施設の病床数 \_\_\_\_\_ 床

転換病床の予定数 \_\_\_\_\_ 床  
うち経過型介護療養型医療施設の予定数 \_\_\_\_\_ 床

(2) 転換予定日 平成 年 月 日

(3) 移行予定の施設 \_\_\_\_\_ (予定定員 \_\_\_\_\_ 床)

※今回の届出は、介護保険の報酬区分変更のため提出するものであり、当該施設への移行の承認を受けるため提出するものではない旨了解しています。

移行予定時期 平成 年 月 日

移行に係る施設（該当する記号に○を付けてください）

- ( a ) 新たに建て替え、現在の施設は撤去  
( b ) " 現在の施設は別途使用  
( c ) 現在の施設を改修して使用

※建物図面（転換病床の変更前、変更後がわかるもの）を添付すること。