

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

知事 殿

住 所
 開設者（所在地）
 氏 名
 （名称及び代表者氏名） 印

次のとおり指定の変更を申請します。

	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）			

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。

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。

- (1) 施設の使用許可証の写し
- (2) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要
- (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