

## 指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

福 山 市 長 様

所在地  
(個人にあつては、住所)

申請者 名 称

代表者職・名前  
(個人にあつては、名前)

介護保険法（平成9年法律第123号）の規定により、指定の変更を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

介護保険事業所番号		3	4							
申請者	名 称									
	主たる事務所の所在地	(〒 - ) 都道府県 市区								
	代表者の職・名前・生年月日	職 名		フリガナ		生年月日				
				名 前		年 月 日				
変更を受けようとする施設	代表者の住所	(〒 - ) 都道府県 市区								
	施設の名称									
	施設の所在地	(〒 - )								
	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 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院								
	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)					
申請書担当者					連絡先					

備考

「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、該当する項目番号に○印を付すこと。

添付書類（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）

- 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 この申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態