

第9号様式（第9条関係）

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

指定介護療養型医療施設の入所定員を増加したいので、平成18年旧介護保険法第108条第1項の規定により次のとおり指定の変更を申請します。

	介護保険事業所番号								
代 表 者	住所								

	職名								

	生年月日								
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 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院								
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」欄は、該当する番号を○で囲んでください。

2 次の書類（当該申請に係る病棟又は病室に係るものに限る。）を添付してください。

- (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