様式第３８号の８（第２６条の５関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

申請者　住　所

氏　名

法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

　指定介護療養型医療施設の入所定員を増加したいので、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 | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | | |
| 職名 | | | | | | | | | | |
| 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が分かる資料

(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一覧表