様式第９号（第１０条関係）

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年　　月　　日

岡山市長　様

 申請者　住所（法人にあっては，主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては，名称及び代表者氏名）

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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 申請に係る施設 | 名称 |
| 開設場所 |
| 開設者 | 名称 |
| 主たる事務所の所在地 |
| 代表者 | 氏名 |
| 住所 |
| 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　療養型病床群を有する病院2　療養型病床群を有する診療所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 | 人 |
| 入院患者の定員 | 　(変更前)人 | 　(変更後)人 |

　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，該当する番号に「○」を付してください。

　　　　2　「入院患者の推定数」欄は，申請に係る事業を行おうとする部分について記載してください。

　　　　3　「入院患者の定員」欄は，申請に係る病棟又は病室に係るものについて記載してください。

　　　　4　次に掲げる書類(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)　施設の使用許可証又は使用承認書の写し

　　　　(2)　建物の部屋別施設一覧表

　　　　(3)　建物の平面図で各室の用途を余白に記載したもの

　　　　(4)　建物の設備に係る一覧表

　　　　(5)　従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表