

(第9号様式)

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

佐賀県知事様

住所
開設者(所在地)
氏名
(名称及び代表者職・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 | | | | | | | | |
| | 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」欄については、該当項目番号に○を付してください。

2 次の書類を添付(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員の勤務の体制及び勤務形態