

(用紙 日本工業規格A 4 縦長型)

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

住 所

開設者

氏 名 (法人にあつては、名称
及び代表者の氏名) 印

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 (申請に係る病棟又は病室に係るものに限ります)	人
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ります)	(変更前)
	(変更後)

備考 1 「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 申請に係る病棟又は病室に係る次の書類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) 従業者の勤務体制及び勤務形態