

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり指定の変更を申請します。

申請に係る施設	介護保険事業所番号	
	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 (該当に○)		療養病床を有する病院	
		療養病床を有する診療所	
		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 (申請にかかる事業を行う部分に限る。)	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る。)	(変更前)	(変更後)	
	人	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」については、当該項目番号に○を付してください。

2 以下の書類を添付(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) 施設の使用許可書の写し
- (2) 建物の構造概要及び平面図ならびに設備の概要
- (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