別記様式第6号(第6条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 介護老人保健施設  介護医療院 | 開設許可事項変更申請書 |

年　　月　　日

　　石川県知事　　　　様

住所

申請者　(所在地)

氏名

(名称及び代表者の氏名)

　　介護保険法第94条第2項（第107条第2項）の規定により開設許可事項の変更の許可を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 介護保険事業者番号 | 1 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請に係る施設 | | 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 開設許可年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 敷地面積 | (変更前) | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 建物の構造 |
| 3 | 施設の共用の場合の利用計画 | (変更後) | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 運営規程(職種・員数・職務内容・入所定員の増加に関する部分に限る。) |
| 5 | 協力病院の変更 |

　備考1　該当項目番号に○印を付してください。

　　　2　変更内容がわかる書類を添付してください。