別記様式第9号(第9条関係)

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

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)

　　旧介護保険法第48条第1項第3号の規定による指定介護療養型医療施設の指定を変更したいので、同法第108条第1項の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 介護保険事業者番号 | | 1 | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請に係る施設 | 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | | | |
| 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(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○印を付してください。

　　　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)　施設の使用許可証の写し

　　　　(2)　建物の構造の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者の勤務の体制及び勤務の形態

3　この様式において「旧介護保険法」とは、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた同法第26条の規定による改正前の介護保険法をいいます。