

様式第11（第10条関係）

指定介護療養型医療施設指定変更申請書

年 月 日

鹿児島市長 殿

開設者 所在地  
 名称  
 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者の勤務の体制及び勤務形態