

（あて先） 浜松市長

住 所  
〔所在地〕  
申請者 氏 名  
〔名称及び  
代表者氏名〕 印  
〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

指定介護療養型医療施設指定事項変更申請書

指定介護療養型医療施設の療養病床等の入所定員を増加しようとするので、平成18年改正前介護保険法第108条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

介護保険事業所番号																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

開設者	名 称																		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )																	
	電話番号																		
	代表者	職 名		フリガナ		生年月日													
住 所		(郵便番号 - )																	
施設	名 称																		
	所 在 地	(郵便番号 - )																	
	電話番号																		
施設の種別	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																		
入院患者数（推定数）	人																		
入院患者の定員	(変更前) 人									(変更後) 人									

備 考 「施設の種別」欄は、該当する番号を○で囲むこと。