

第13号様式(第12条関係)

(あて先) 浜松市長

指定介護療養型医療施設指定事項変更申請書

年 月 日

主たる事務所の所在地

申請者 名称及び代表者の職・氏名

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。

		介護保険事業所番号											
開設者	名称												
	所在地	(〒)											
	電話番号												
	代表者	職名						生年月日					
		フリガナ											
氏名													
住所		(〒)											
施設	名称												
	所在地	(〒)											
電話番号													
当該申請に係る施設の指定介護療養型医療施設の類型(該当するものに○を付してください。)		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	人												
入院患者の定員	(変更前)						(変更後)						
		人						人					