様式第８号（第８条関係）

介護老人保健施設等開設許可事項変更許可申請書

　　年　　月　　日

　　福井県知事　様

所在地

申請者　名称

代表者氏名

介護老人保健施設（介護医療院）の開設許可事項の変更の許可を受けたいので、介護保険法第

94条第2項（第107条第2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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護保険施設の種類 | |  | | | | | | | | | | | |
| 施設の名称および所在地 | | 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 | 敷地の面積および平面図 | (変更前) | | | | | | | | | | | |
| 2 | 建物の構造概要等 |
| 3 | 施設の共用の場合の利用計画 |
| 4 | 運営規定(従業者の職種、員数および職務内容ならびに入所定員の増加に関する部分に限る。) |
| (変更後) | | | | | | | | | | | |
| 5 | 協力病院 |

備考

　1　該当する項目の番号に○印を付してください。

　2　変更内容が分かる書類を添付してください。