様式第１３号（第９条関係）

**介護老人保健施設等管理者承認申請書**

　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人以外にあっては、住所及び氏名）

　介護老人保健施設（介護医療院）の管理者の承認を受けたいので、介護保険法第９５条（同法第１０９条）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 |  |
| 施設の名称及び所在地 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者になろうとする者の氏名及び住所並びに資格 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 資格 |  |
| 申請理由 | １　新規開設のため２　管理者の変更のため |

備考

　１　管理者になろうとする者の経歴等を記載した書面を添付してください。

　２　「申請理由」欄は、該当する項目の番号に○印を付してください。