様式第１２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（同法第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 |  |
| 施設の名称及び所在地 | 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 | 敷地の面積及び平面図 | (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、員数及び職務内容並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。