

訪問型サービス指定状況【令和4年7月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所千	事業所所在地	電話番号	市基準	現行相当
ひがし	1	1374100426	特定非営利活動法人小金井かいわい	パーソナルケアサービス小金井かいわい	184-0011	小金井市東町4-37-23	042-388-8282	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	2	1374100574	有限会社グループ・マーナル	ケアサービスステーション春風	184-0011	小金井市東町4-43-7 小金井東ビル303	042-387-7822	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	3	1374102018	一般社団法人LinkSolution	リンクヘルパーステーション	184-0011	小金井市東町5-27-7	042-316-5098	○ (R4.5.1~)	○ (R4.5.1~)
	4	1374100244	社会福祉法人東京聖労院	中町ヘルパーステーション	184-0012	小金井市中町2-15-25	042-386-6515	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	5	1374100913	株式会社ここにこ	ここにこサービス	184-0012	小金井市中町3-8-4	042-382-3225	○ (H29.2.1~)	○ (H28.4.1~)
	6	13A4100098	SOMPOケア株式会社	SOMPOケア 小金井 訪問介護	184-0004	小金井市本町1-5-1 アルプ武蔵小金井ビル1階	042-386-6636		○ (H28.4.1~)
きた	7	1374100111	社会福祉法人聖ヨハネ会	桜町ホームヘルプステーション	184-8511	小金井市桜町1-9-5 桜町高齢者在宅サービスセンター内2階	042-381-0006	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	8	1374101309	ALSOK介護株式会社	かたくり小金井	184-0005	小金井市桜町3-5-2	042-386-8670	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
にし	9	1374100178	特定非営利活動法人アピリティクラブたすけあい小金井たすけあいワーカーズほっとわあく	NPOほっとわあく	184-0004	小金井市本町4-1-1-103 小金井ハイツ	042-388-2258	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	10	13A4100031	東京海上日動ベターライフサービス株式会社	東京海上日動みずたま介護ST小金井	184-0004	小金井市本町5-7-25 SOR AIRO102	042-386-8722		○ (H28.10.1~)
	11	1374100434	特定非営利活動法人エヌピーオー	ヘルパーステーションうてな	184-0004	小金井市本町5-37-8	042-380-9930	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
	12	1374100335	株式会社温心	介護サービスステーション・ONS YN	184-0004	小金井市本町5-41-7-207	042-380-9904	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)
みなみ	13	1374100905	株式会社オアシス	ケアセンターふれあい	184-0004	小金井市本町6-13-17 タカギビル8 302号	042-380-8131	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	14	1373601663	株式会社希望	ケアセンターきぼう	184-0015	小金井市貫井北町2-4-18 セフィール貫井102号	042-316-4023	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	15	1374100459	特定非営利活動法人ケアサポート湧	ケアサポート 湧	184-0013	小金井市前原町3-36-16	042-386-6355	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	16	1374100830	NPO法人Passo a Passo	NPO法人 Passo a passo	184-0013	小金井市前原町3-41-28	042-385-7401	○ (H28.11.1~)	○ (H28.4.1~)
	17	1374100145	一般財団法人天誠会	あんずホームヘルプサービス小金井	184-0013	小金井市前原町5-3-24	042-388-7532	○ (H28.11.1~)	○ (H28.4.1~)
	18	1373801115	特定非営利活動法人エンゼルの会	在宅介護サービスエンゼルの会	184-0014	小金井市貫井南町1-5-23	042-384-4713	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
武蔵野市	19	1373602174	ALSOK介護株式会社	かたくり武蔵野	180-0023	武蔵野市境南町3-17-17	0422-30-8821	○ (H28.12.1~)	○ (H28.4.1~)
	20	1373302155	株式会社アスモ介護サービス	アスモ介護サービス武蔵野	180-0012	武蔵野市緑町1-5-18	0422-60-2500		○ (H28.4.1~)
三鷹市	21	1373603024	株式会社ベネッセスタイルケア	グランダ三鷹ケアステーション	181-0012	三鷹市上連雀3-7-18	0422-29-9017		○ (R2.10.1~)
	22	1373601622	アースサポート株式会社	アースサポート三鷹上連雀	181-0012	三鷹市上連雀9-24-25	0422-72-8215	○ (R4.6.1~)	○ (R4.6.1~)
調布市	23	1374203485	株式会社第一ケアシステム	訪問介護事業所ファーストケア調布	182-0026	調布市小島町1-11-6 エンケ104	042-449-1148		○ (R2.10.1~)
国分寺市	24	1373101516	株式会社 ベネッセスタイルケア	グランダ国分寺ケアステーション	185-0011	国分寺市本多3-1-18	042-300-1630		○ (H28.4.1~)
	25	1373101227	株式会社ケア21	ケア21国分寺	185-0012	国分寺市本町4-7-5 Lシェイプ2階	042-300-0321	○ (H29.6.1~)	○ (H28.4.1~)
	26	1373100237	三多摩医療生活協同組合	三多摩医療生協・生協ヘルパーステーション	185-0012	国分寺市本町4-12-14	042-325-7589	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)
	27	13A3100040	株式会社羽をのぼす	訪問介護 ことり	185-0022	国分寺市東元町2-18-16 吉野ビル1号館101号室	042-316-8547	○ (H28.10.1~)	○ (H28.10.1~)
	28	13A3100131	特定非営利活動法人ワーカーズ風ぐるま	訪問介護事業所風ぐるま	185-0024	国分寺市泉町3-33-2 西晴ビル203	042-300-3663	○ (H31.1.1~)	○ (H31.1.1~)
杉並区	29	1371505262	株式会社ピースステップ	ピースステップ井草	167-0021	杉並区井草5-10-22	03-5311-0791	○ (R3.7.1~)	○ (R3.7.1~)
長野県飯田市	30	2070500232	社会福祉法人ぼけっと	社会福祉法人ぼけっと	395-0075	長野県飯田市白山通り1-310-1	0265-21-6212	○ (H30.4.1~)	○ (H28.4.1~)

通所型サービス指定状況【令和4年7月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所〒	事業所所在地	電話番号	市基準	市基準サービス提供形態	現行相当
ひがし	1	1374100947	株式会社はっぴーライフ	はっぴーライフ新小金井	184-0011	小金井市東町4-10-16 小金井ビル	042-386-6881	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	2	1374101085	合同会社セルフクリエイト	デイステーション涼風	184-0012	小金井市中町1-7-34	042-316-4543	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	3	1374100228	社会福祉法人東京聖労院	中町高齢者在宅サービスセンター	184-0012	小金井市中町2-15-25	042-386-6513	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	4	13A4100114	株式会社ビーナス	ビーナスプラス小金井	184-0012	小金井市中町2-17-18 ステラコート武蔵小金井102号室	042-316-5056		現行のみ	○ (R2.8.1~)
	5	13A4100023	株式会社我喜大笑	デイサービス夢楽武蔵小金井	184-0012	小金井市中町3-16-9 クレアホームズ武蔵小金井1F	042-316-5441	○ (H29.3.1~)	一体型	○ (H28.10.1~)
	6	1374101093	北多摩中央医療生活協同組合	デイサービスこがねい	184-0004	小金井市本町1-15-9	042-382-5519	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
きた	7	1394100182	株式会社ナチュラルスタンス	おとなりさん。ひこばえ	184-0002	小金井市梶野町1-7-34 グレース東小金井1階	0422-38-5708	○ (H30.12.1~)	一体型	○ (H30.12.1~)
	8	13A4100015	株式会社ウェルネスフロンティア	ジョイリハ小金井	184-0002	小金井市梶野町2-1-2	0422-38-5781	○ (H28.10.1~)	単独型	○ (H28.10.1~)
	9	1374101275	パナソニックエイジフリー株式会社	パナソニック エイジフリーケアセンター東小金井・デイサービス	184-0002	小金井市梶野町5-3-28	042-382-3351	○ (H29.5.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	10	13A4100080	医療法人社団功優会	デイサロン ラルゴ	184-0001	小金井市関野町1-6-4 メイプルハウス101号室	042-385-4976	○ (H29.9.1~)	一体型	○ (H29.9.1~)
	11	13A4100130	株式会社日本アメニティライフ協会	デイサービスセンター福寿こがねい緑町	184-0003	小金井市緑町5-13-25	042-386-6031	○ (R3.2.1~)	一体型	○ (R3.2.1~)
	12	1374100152	社会福祉法人聖ヨハネ会	桜町高齢者在宅サービスセンター	184-0005	小金井市桜町1-9-5	042-381-0006	○ (H28.10.1~)	単独型	○ (H30.4.1~)
	13	1374100194	社会福祉法人聖ヨハネ会	小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター	184-0004	小金井市本町2-10-13	042-388-8011		現行のみ	○ (H30.4.1~)
にし	14	1374100848	株式会社温心	温心デイルーム	184-0004	小金井市本町5-41-7	042-380-9904	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	15	1374101044	株式会社サンプラス	デイサービスふく福	184-0015	小金井市貫井北町1-6-16	042-300-4501	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	16	13A4100122	株式会社彩の会	デイサロン彩の会	184-0015	小金井市貫井北町2-4-4	042-384-9668	○ (R2.10.1~)	一体型	
	17	13A4100148	KM合同会社	KMリハビリセンター貫井	184-0015	小金井市貫井北町3-18-13 加藤ビル101	042-312-4470	○ (R3.2.1~)	単独型	○ (R3.2.1~)
みなみ	18	1374101499	医療法人社団大日会	医療法人社団大日会 通所介護事業所 隔たりハビリティサービス	184-0004	小金井市本町6-7-6	042-316-4351	○ (H28.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	19	13A4100072	株式会社佐藤商会	GENKINEXT小金井前原町	184-0013	小金井市前原町3-1-14 1F	042-316-3011	○ (H28.12.1~)	一体型	○ (H28.10.1~)
	20	1374100350	特定非営利活動法人鳩の翼	特定非営利活動法人 鳩の翼 デイホーム	184-0013	小金井市前原町3-9-3	042-380-7543		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	21	1374101119	グローリーケア株式会社	リハビリ・トレーニングセンター東京	184-0013	小金井市前原町5-2-47 ファインコート益田1階	042-386-2266	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	22	13A4100106	株式会社エムズ	コンパスウォーク小金井	184-0014	小金井市貫井南町1-5-1	042-316-7110	○ (R1.5.1~)	一体型	○ (R1.5.1~)
	23	1374101283	特定非営利活動法人泰山木	泰山木デイホーム	184-0014	小金井市貫井南町4-11-11 グランパレイ103	0423-80-8224	○ (H29.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
武蔵野市	24	1373301587	株式会社はっぴーライフ	はっぴーライフ吉祥寺	180-0002	武蔵野市吉祥寺東町1-17-1 8 三角ビルB1階	0422-28-5061	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	25	1393300189	株式会社アール・エヌ・シー	Workshop RNC	180-0013	武蔵野市西久保2-6-1	0422-38-5839	○ (R4.5.1~)	一体型	○ (R4.5.1~)
	26	13A3300103	エッチ・シー・エムサービス株式会社	レッツ倶楽部三鷹	180-0014	武蔵野市関前2-9-3 マンションカンギン1F	0422-50-9033	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	27	1373301868	株式会社HAL	デイサービスどっこいしょ	180-0021	武蔵野市桜堤1-7-3	0422-56-8660	○ (H29.10.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	28	1373301900	社会福祉法人徳心会	デイサービスセンターさくらえん	180-0021	武蔵野市桜堤2-8-31	0422-51-5597	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	29	13A3300012	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス武蔵境	180-0022	武蔵野市境1-8-4	0422-60-3911	○ (R2.1.1~)	一体型	○ (R1.5.1~)
	30	1373301850	株式会社さきしメディカルサービス	デイサービスセンター もも寿武蔵境	180-0023	武蔵野市境南町2-7-19 境南スカイビル1階	0422-30-9558	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	31	1373302213	株式会社ジェイアール東日本スポーツ	ジェクサー・ブラチナジム武蔵境	180-0023	武蔵野市境南町4-4-13	0422-26-1721	○ (H29.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	32	1373602349	有限会社仲景	文久堂整骨院ケアブレイス	181-0012	三鷹市上連雀9-43-8	0422-72-0610		現行のみ	○ (H30.4.1~)
三鷹市	33	13A3600205	有限会社東京ヘルスケア機能訓練センター	東京ヘルスケア機能訓練センター井口	181-0011	三鷹市井口2-13-37	0422-33-2625	○ (R1.7.1~)	一体型	○ (R1.7.1~)

通所型サービス指定状況【令和4年7月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所千	事業所所在地	電話番号	市基準	市基準サービス提供形態	現行相当
国分寺市	34	1373101318	株式会社サロンディ	サロンディ国分寺	185-0011	国分寺市本多5-13-7 ナイスプラザ103号	042-329-8611	○ (H30.8.1~)	一体型	○ (H30.8.1~)
	35	1393100217	株式会社エムズ	コンパスウォーク国分寺	185-0035	国分寺市西町5-14-38	042-571-8808	○ (R1.10.1~)	一体型	○ (R1.10.1~)
小平市	36	1374301388	有限会社田中カインドリーサービス	生活リハビリデイサービスガーデンハウスいちょう	187-0013	小平市回田町349-5	042-322-6706	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	37	1374303558	合同会社おりがみカンパニー	リハプライド 小平上水南	187-0021	小平市上水南町2-15-7-1 エバークレース543 101号室	042-313-9080		現行のみ	○ (R4.4.1~)
	38	1374302451	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス小平上水	187-0021	小平市上水南町2-23-1	03-5201-3995		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	39	13A4300037	株式会社永興	デイサービス にじゅうまる武番館	187-0021	小平市上水南町3-4-26	042-313-8732		現行のみ	○ (H29.1.1~)
	40	1374300455	社会福祉法人まりも会	まりも園 デイサービスセンター	187-0021	小平市上水南町4-7-45	042-321-9776	○ (R1.8.1~)	一体型	○ (R1.8.1~)
	41	1374302311	株式会社エスケアメイト	エスケアステーション小平 デイサービス	187-0042	小平市仲町323-4	042-349-1530		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	42	13A4300375	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス小平鈴木	187-0011	小平市鈴木町2-160-2	042-452-6007		現行のみ	○ (R4.5.1~)
	43	1374302204	株式会社ケア・ポストマン2	ケア・ポストマン	187-0011	小平市鈴木町2-186-8 えー1Place	042-497-6536		現行のみ	○ (R1.5.1~)
	44	1374302733	ベストケア株式会社	ベストケア・デイサービスセンター 小金井公園	187-0011	小平市鈴木町2-865-19 パークサイドハイツ1階	042-388-7331	○ (R1.11.1~)	一体型	○ (R1.11.1~)
	45	13A4300367	株式会社やまねメディカル	かがやきデイサービス花小金井	187-0002	小平市花小金井5-35-4	042-439-5781	○ (R3.5.1~)	一体型	○ (R3.5.1~)
西東京市	46	13A5400141	株式会社りらいふ	フィットネスデイりらいふ	188-0013	西東京市向台町4-13-27	042-452-7582	○ (R2.5.1~)	一体型	○ (R2.5.1~)

★通所型市基準サービスの提供形態について

- ・**単独型**: 要支援・要介護の中でも常時身体介護等を要する方向けのサービスとは**サービス提供時間帯や部屋を明確に分け**、比較的軽度な方専用の自立支援プログラムを提供する方法
- ・**一体型**: 要支援・要介護の中でも常時身体介護等を要する方向けのサービスと**同一時間帯・部屋において**、比較的軽度な方専用の自立支援プログラムを提供する方法

令和 4 年 7 月 1 日現在

市外地域密着型サービス事業所の指定について

【指定更新】

(地域密着型通所介護)

ケアタウン小平 デイサービスセンター (小平市)	1
だんらんの家 花小金井 (小平市)	3
デイサービスともだちの家 (小平市)	5
プライムふく福 (国分寺市)	7

【新規指定】

(地域密着型通所介護)

Workshop RNC (武蔵野市)	9
-------------------------------	---

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

2022年 4 月 11 日

(宛先) 小金井市長

所在地 小平市御幸町131-5ケアタウン小平
 申請者 特定非営利活動法人コミュニティケアリンク東京-4,4,15
 理事長 山崎章郎



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添付して提出いたします。

記

		事業所所在地市町村番号			
申請者	フリガナ	トクテイヒエイリカツドウホウジンコミュニティケアリンクトウキョウ			
	名称	特定非営利活動法人コミュニティケアリンク東京			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 187 - 0012) 東京都 小平市御幸町131-5ケアタウン小平 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	042-321-5985	FAX番号 042-321-5982	
	法人の種別	特定非営利活動法人	法人所轄庁	東京都	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ ヤマザキフミオ 氏名 山崎章郎 生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	[REDACTED]			
事業所	フリガナ	ケアタウンコダイラデイサービスセンター			
	名称	ケアタウン小平デイサービスセンター			
	介護保険事業所番号				
	事務所の所在地	(郵便番号 187 - 0012) 東京都 小平市御幸町131-5ケアタウン小平 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	042-321-5986	FAX番号 042-321-5984	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類		サービスの指定年月日	備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護		平成28年6月1日	
地域密着型介護予防サービス					
医療機関コード等					

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ケアタウンコダイラデイサービスセンター										
	名称	ケアタウン小平デイサービスセンター										
	所在地	〒187-0012 東京都小平市御幸町131-5 ケアタウン小平 (方書)										
	連絡先	電話番号	042-321-5986				FAX番号	042-321-5982				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 5 条第 1 項 ①										
主たる併設事業所の種別、名称		ケアタウン小平訪問看護ステーション				事業所番号	1367198112					
管理者	フリガナ	ニシキオリカオル										
	氏名	錦織 薫										
	生年月日	[REDACTED]										
	住所	[REDACTED]										
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)	看護師・生活相談員・機能訓練指導員										
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記載)	名称					事業所番号						
	兼務する職種及び勤務時間等											
実施単位数	1: 単位		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限						18人			
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積	72.76m ²		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無 (連携している場合の連携先)									
基準上の必要数値	適合の可否		有			無			ケアタウン小平クリニック・ケアタウン小平訪問看護ステーション			
m ² 以上												
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。												
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積						人			m ²			
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤(人)		4		2		2		2			
	非常勤(人)		2		2		8		2			
	基準上の必要人数											
	適合の可否											
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日	
			○	○	○	○	○	○	×	○	年末年始・月曜以外の祝日	
	営業時間		平日	8:30 ~ 17:30		土曜	8:30 ~ 17:30		祝	8:30 ~ 17:30		
			サービス提供時間		9:00-17:30							
			備考									
	利用料		法定代理受領分				介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割 (負担割合証に準じる)					
			法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額					
	その他の費用		食事代、おやつ代、教養娯楽費、当日キャンセル料、別途材料費									
通常の事業実施地域		小平市、西東京市										
宿泊サービス実施の有無		有・無										
添付書類		別添のとおり										

備考

- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

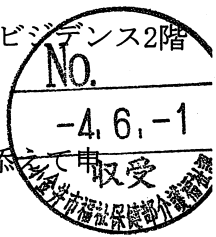
受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

令和4年5月30日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都中央区銀座1-22-11 銀座大竹ビル2階
 申請者 株式会社Starting Point
 名称 株式会社Starting Point



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

		事業所所在地市町村番号		～			
申請者	フリガナ	カブシキガイシャスターティングポイント					
	名称	株式会社Starting Point.					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 104 - 0061) 東京都中央区銀座1-22-11 銀座大竹ビル2階. (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	03-6914-4273.		FAX番号	03-6914-4283.	
	法人の種別	株式会社.		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役.	フリガナ	アライ マコト	生年月日	
				氏名	荒井 慎.		
	代表者の住所						
事業所	フリガナ	ダンランノイエハナコガネイ					
	名称	だんらの家花小金井.					
	介護保険事業所番号	1 3 7 4 3 0 2 6 6 7 .					
	事務所の所在地	(郵便番号 187 - 0002) 東京都小平市花小金井5-53-32 . (ビルの名称等) 中川ハウス					
	連絡先	電話番号	042-497-6794 .		FAX番号	042-497-6795 .	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類				サービスの指定年月日	備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護				平成27年3月1日 .	
	地域密着型介護予防サービス						
医療機関コード等							

備考

- 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 5 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 6 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ダンランノイエハナコガネイ									
	名称	だんらんの家 花小金井'									
	所在地	〒187-0002 東京都小平市花小金井5-53-32 中川ハウス・(方書)									
	連絡先	電話番号	042-497-6794・		FAX番号	042-497-6795・					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第1章 第2条 3									
主たる併設事業所の種別、名称					事業所番号	1374302667'					
管理者	フリガナ	イナミ ヒロミ		住所	[REDACTED]						
	氏名	稲見 大海・									
	生年月日	[REDACTED]									
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載)				生活相談員、介護職員・						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載)		名称			事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等									
実施単位数	1 : 単位		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限				10人				
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		31.39 m ²		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無(連携している場合の連携先)							
基準上の必要数値		適合の可否		有・ <input checked="" type="radio"/> 無							
m ² 以上											
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。											
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積				10人		31.39 m ²					
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
単位別従業者	常勤(人)						2				
	非常勤(人)		2		1		9		1		
	基準上の必要人数										
	適合の可否										
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	その他年間の休日	
			○	○	○	○	○	○	○	年中無休	
	営業時間		平日	7:00 ~ 21:00		土曜	7:00 ~ 21:00		日・祝	7:00 ~ 21:00	
			サービス提供時間		9:00~17:15(8時間15分) 年中無休 祝祭日もサービス提供						
			備考		お泊りサービスも実施しているため、24時間、365日営業						
	利用料		法定代理受領分		介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割(負担割合証に準じる)・						
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額・						
	食事の提供に要する費用		朝:300円 昼:600円 夕:700円・								
	通常の事業実施地域		小平市、西東京市、小金井市・								
	宿泊サービス実施の有無		<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無・								
添付書類		別添のとおり									

備考

- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

受付番号	
------	--

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

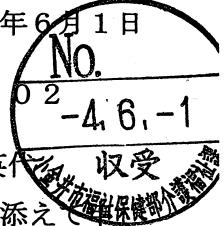
令和4年6月1日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小平市喜平町1-13-10-102

申請者

名称 株式会社コミヤ 代表取締役 小宮 英代



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて
 請します。

記

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

申 請 者	フリガナ	カブシキガイシャコミヤ									
	名称	株式会社コミヤ									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 187-0044) 東京都小平市喜平町1-13-10-102									
		(ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	042-312-4981	FAX番号	042-312-4982						
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	東村山税務署							
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	コミヤ ヒデヨ	生年月日					
氏名				小宮 英代							
代表者の住所											
事 業 所	フリガナ	デイサービストモダチノイエ									
	名称	デイサービスともだちの家									
	介護保険事業所番号	1	3	7	4	3	0	1	7	6	8
	事務所の所在地	(郵便番号 187-0044) 東京都小平市喜平町1-13-10-102									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号	042-312-4981	FAX番号	042-312-4982							
事 業 等 の 種 類	同一所在地において行うサービスの種類			サービスの指定年月日	備考						
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護			平成28年4月1日						
	地域密着型介護予防サービス										
医療機関コード等											

- 備考
- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 - 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
 - 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
 - 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスとモダチノイエ											
	名称	デイサービスともだちの家											
	所在地	〒187-0044 東京都小平市喜平町1-13-10-102											
	連絡先	電話番号	042-312-4981				FAX番号	042-312-4982					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第2条第1項第6号											
主たる併設事業所の種別、名称								事業所番号	1374301768				
管理者	フリガナ	コミヤ ヒデヨ				住所	[REDACTED]						
	氏名	小宮 英代											
	生年月日	[REDACTED]											
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載）					生活相談員							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記載）		名称					事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等											
実施単位数		1単位		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限						10人			
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		31㎡		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無（連携している場合の連携先）									
基準上の必要数値		適合の可否		無									
30㎡以上													
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。													
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積						10人		31㎡					
従業者の職種・員数			生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤(人)			1									
	非常勤(人)			2			4	2	1				
	基準上の必要人数												
	適合の可否												
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日		
			○	○	○	○	○			○	12/31-1/3		
	営業時間		平日	8:30	～	17:30	土曜		～	日・祝	8:30	～	17:30
			サービス提供時間		8:50～17:10								
			備考										
	利用料		法定代理受領分				介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割（負担割合証に準じる）						
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額								
	その他の費用		運営規定に定める額										
通常の事業実施地域		小金井市、小平市、東村山市、国分寺市、清瀬市、東久留米市											
宿泊サービス実施の有無		無											
添付書類		別添のとおり											

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

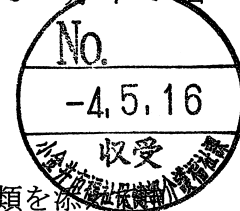
受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

2022年 8 月 12 日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都国分寺市本多5-13-14
 申請者 株式会社サンプルス
 名称 代表取締役社長・尾嶋 遵



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添付いたします。

記

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ	カブシキガイシャサンプルス					
	名称	株式会社サンプルス					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185-0011) 東京都国分寺市本多5-13-14、 (ビルの名称等) フェリアス本多					
	連絡先	電話番号	042-312-2529、		FAX番号	042-312-2549、	
	法人の種類	株式会社、		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役、	フリガナ	オジマ ジュン	生年月日	
		氏名	尾嶋 遵、	[Redacted]			
事業所	フリガナ	プライムフクフク					
	名称	プライムふく福					
	介護保険事業所番号	1373101466					
	事務所の所在地	(郵便番号 185-0011) 東京都国分寺市本多5-13-14-101、 (ビルの名称等) フェリアス本多					
	連絡先	電話番号	042-349-6456、		FAX番号	042-349-6428、	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類			サービスの指定年月日		備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護			平成28年7月1日		
地域密着型介護予防サービス							
医療機関コード等							

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	プライムフクフク										
	名称	プライムふく福、										
	所在地	〒185-0011 東京都国分寺市本多5-13-14 (方書) フェリアス本多101、										
	連絡先	電話番号	042-349-6456、				FAX番号	042-349-6428、				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第2条第6項第①号、										
主たる併設事業所の種別、名称							事業所番号	1373101466、				
管理者	フリガナ	イマイ ユウキ			住所	[REDACTED]						
	氏名	今井 優希、										
	生年月日	[REDACTED]										
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載)				生活相談員、介護職員、							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載)		名称				事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等										
実施単位数	1:単位	事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限					15人、					
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		51.71㎡、			病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無(連携している場合の連携先)							
基準上の必要数値		適合の可否			有・無		ひがこ訪問看護ステーション、(042-203-5117)					
45㎡以上					有							
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。												
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積							人			㎡		
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤(人)		1			1	1					
	非常勤(人)	3	1	1	1	5	1	1	1			
	基準上の必要人数											
	適合の可否											
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日	
			○	○	○	○	○	○		○	年末年始	
	営業時間		平日	8:30 ~ 17:30		土曜	8:30 ~ 17:30		日・祝	8:30 ~ 17:30		
			サービス提供時間			9:30~16:40、						
			備考									
	利用料		法定代理受領分			介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割(負担割合証に準じる)						
			法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額、						
	その他の費用		食材料費700円(昼食代600円+おやつ代100円)(税別)、持帰弁当代、									
通常の事業実施地域		国分寺市、小金井市、										
宿泊サービス実施の有無		有・無										
添付書類		別添のとおり										

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

受付番号

①

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定申請書

4年 3月 25日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都武蔵野市境一丁目4番12号
 申請者 株式会社アール・エヌ・シー
 名称 代表取締役 小林 稔



介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所所在地市町村番号

申請者	フリガナ	カブシキガイシャアールエヌシー				
	名称	株式会社アール・エヌ・シー				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 180-0022) 東京都武蔵野市境一丁目4番12号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0422-60-2320		FAX番号	0422-60-2321
	法人の種類	株式会社		法人所轄庁		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ 氏名	コバヤシ ミノル 小林 稔	生年月日 [REDACTED]
	代表者の住所	[REDACTED]				
事業所	フリガナ	ワークショップアールエヌシー				
	名称	Workshop RNC				
	事務所の所在地	(郵便番号 180-0013) 東京都武蔵野市西久保2-6-1 (ビルの名称等)				
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行うサービスの種類		指定申請をするサービスの事業開始予定年月日	既に指定を受けているサービスの指定年月日	備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護	令和4年5月1日			
介護予防サービス	地域密着型					
介護保険事業所番号		1393300189 (既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名		武蔵野市、西東京市				
医療機関コード等		7293160				

備考
 1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 4 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、今回申請する地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの事業の種類及び既に指定を受けている地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
 5 「指定申請をするサービスの事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
 6 「既に指定を受けているサービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
 8 既に地域密着型サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員の名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に關し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業所の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業所の指定を受ける場合においても同様です。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ワークショップアールエヌシー										
	名称	Workshop RNC										
	所在地	〒180-0013 東京都武蔵野市西久保2-6-1 (方書)										
	連絡先	電話番号	0422-38-5839			FAX番号	0422-38-5831					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第2条第1項										
主たる併設事業所の種別、名称							事業所番号					
管理者	フリガナ	コバヤシ ミノル										
	氏名	小林 稔										
	生年月日	[REDACTED]										
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載)											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載)	名称					事業所番号					
実施単位数		3: 単位事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限					10人					
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		34.43㎡		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無(連携している場合の連携先)								
基準上の必要数値		適合の可否		有・(無)								
m ² 以上												
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。												
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積						10人	34.43㎡					
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤(人)		2			1	1					
	非常勤(人)		2						2			
	基準上の必要人数											
	適合の可否											
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日	
			○	○	○	○	○					
	営業時間		平日	8:45	~	18:15	土曜		~	日・祝		~
			サービス提供時間		9:00~18:00							
	利用料		法定代理受領分		介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割(負担割合証に準じる)							
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額							
	その他の費用		運営規定による									
	通常の事業実施地域		武蔵野市、西東京市、小金井市、三鷹市									
宿泊サービス実施の有無		有・(無)										
添付書類		別添のとおり										

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

令和4年7月1日現在

市内地域密着型サービス事業所の指定について

【指定更新】

(地域密着型通所介護)

デイサービスFAMILY小金井・・・・・・・・・・・・・・・・	1
GENKINEXT小金井前原町・・・・・・・・・・・・・・・・	3
デイサービスこがねい・・・・・・・・・・・・・・・・	5

【新規指定】

該当なし

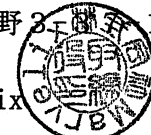
受付番号 ①

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

令和4年 3月 16日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都台東区東上野 3-37-13-3F
 申請者 株式会社 Marvelix



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添え
 請します。

記

		事業所所在地市町村番号		
申請者	フリガナ	カブシキカイシャ マーベリックス		
	名称	株式会社 Marvelix		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 110 - 0015) 東京都 台東区東上野 3-37-13-3F		
		(ビルの名称等)		
	連絡先	電話番号 03-5807-2220	FAX番号	03-5807-2221
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ	ヤナギサワ ヤスアキ
代表取締役		氏名	柳沢 康明	
代表者の住所	[REDACTED]			
事業所	フリガナ	デイサービス ファミリー コガネイ		
	名称	デイサービスFAMILY小金井		
	介護保険事業所番号	1 3 9 4 1 0 0 1 0 9		
	事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0012) 東京都 小金井市中町 1-7-28		
		(ビルの名称等)		
連絡先	電話番号 042-316-4966	FAX番号	042-316-4967	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類		サービスの指定年月日	備考
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護	平成28年5月1日	
地域密着型介護予防サービス				
医療機関コード等				

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスファミリーコガネイ・											
	名称	デイサービスFAMILY小金井・											
	所在地	〒 東京都小金井市中町1-7-28・ (方書)											
	連絡先	電話番号	042 - 316 - 4966・			FAX番号	042- 316 - 4967・						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 2 条第 10 項第 号・											
主たる併設事業所の種別、名称							事業所番号	1394100109・					
管理者	フリガナ	ナカムラケンイチ・			住所	[REDACTED]							
	氏名	中村 謙一・											
	生年月日	[REDACTED]											
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記載)				生活相談員及び介護職員・								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記載)		名称				事業所番号						
		兼務する職種及び勤務時間等											
実施単位数		1: 単位			事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限			10人					
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		32.68㎡			病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無(連携している場合の連携先)								
基準上の必要数値		適合の可否			有・ <input checked="" type="radio"/> 無								
30㎡以上													
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。													
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積					10人		32.68㎡						
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
単位別従業者	常勤(人)		2				2						
	非常勤(人)		1				4		1				
	基準上の必要人数												
	適合の可否												
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日		
			○	○	○	○	○	○	○	○	無し		
	営業時間		平日	8:00 ~ 18:00			土曜	8:00 ~ 18:00			日・祝	8:00 ~ 18:00	
			サービス提供時間			9:00 ~ 17:00・							
			備考										
	利用料		法定代理受領分			介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割(負担割合証に準じる)							
			法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額・							
	その他の費用		朝370円・昼400円・夕480円・										
通常の事業実施地域		小金井市・											
宿泊サービス実施の有無		有・ <input checked="" type="radio"/> 無											
添付書類		別添のとおり											

備考

- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

2022年 4月 19日

(宛先) 小金井市長

所在地 埼玉県狭山市入間川一丁目15番29号

申請者

名称 株式会社佐藤商会



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所所在地市町村番号 1 3 9 4 1 0 0 117

申請者	フリガナ	カブシキガイシャサトウシヨウカイ					
	名称	株式会社佐藤商会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 450 - 1305) 埼玉県 狭山市入間川1-15-29 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	042-316-3011-04-2933-5550		FAX番号	042-316-3012-04-2956-9562	
	法人の種別	株式会社		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	サトウナオタカ	生年月日	
			氏名	佐藤尚孝			
	代表者の住所	[Redacted]					
事業所	フリガナ	ゲンキネクストコガネイマエハラチョウ					
	名称	GENKINEXT小金井前原町					
	介護保険事業所番号	1 3 9 4 1 0 0 1 1 7					
	事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0013) 東京都 小金井前原町3-1-14 1F (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	042-316-3011		FAX番号	042-316-3012	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類			サービスの指定年月日		備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護			H28.6.1		
地域密着型介護予防サービス							
医療機関コード等							

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ゲンキネクストコガネイマエハラチョウ										
	名称	GEKKINEXT小金井前原町・										
	所在地	〒184-0013 東京都小金井市前原町3-1-141F・ (方書)										
	連絡先	電話番号	042-316-3011・			FAX番号	042-316-3012・					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第 2 条第 2 項第 3 号・										
主たる併設事業所の種別、名称							事業所番号					
管理者	フリガナ	オオタケ シヅカ		[Redacted]								
	氏名	大竹 静香・										
	生年月日	[Redacted]										
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記載)			機能訓練指導員兼介護職員・								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記載)		名称				事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等										
実施単位数		・ 2: 単位 事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限					・ 10人					
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		・ 35.49㎡		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無 (連携している場合の連携先)								
基準上の必要数値		適合の可否		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無								
35.49㎡以上												
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。												
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積						10人	35.49㎡					
従業者の職種・員数		生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
単位別従業者	常勤(人)			2			1	3		1		
	非常勤(人)			2			1	1		2		
	基準上の必要人数											
	適合の可否											
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日	
			○	○	○	○	○	×	×	○	8/12~8/15, 12/31~1/3	
	営業時間		平日	8:30 ~ 17:30		土曜		~		日・祝	8:30 ~ 17:30	
			サービス提供時間			9:00~12:15・						
			備考			市基準を含む・						
	利用料		法定代理受領分			介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割 (負担割合証に準じる)						
			法定代理受領分以外			介護報酬告示上の額・						
	その他の費用		運営規程のとおり									
通常の事業実施地域		小金井市・府中市・国分寺市・										
宿泊サービス実施の有無		有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無										
添付書類		別添のとおり										

備考

- 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
- 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。

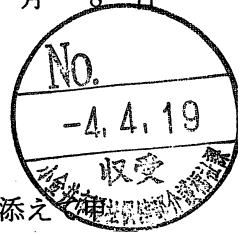
受付番号

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所指定更新申請書

2022年4月8日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小金井市本町1丁目17番10号
 申請者 名称 北多摩中央医療生活協同組合



介護保険法に規定する事業所に係る指定の更新を受けたいので、下記のとおり関係書類を添え
 請します。

記

		事業所所在地市町村番号			
申請者	フリガナ	キタタマチュウオウイリョウセイカツキョウドウキミアイ			
	名称	北多摩中央医療生活協同組合			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京都小金井市本町1丁目17番10号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号 042-382-9112	FAX番号	042-382-9107	
	法人の種類別	医療生活協同組合	法人所轄庁	東京都生活文化局消費生活部	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名 理事長	フリガナ 氏名	キミヅカ ユウジ 君塚 雄二	
	代表者の住所	[Redacted]			
事業所	フリガナ	ていせいサービスこがねい			
	名称	デイサービスこがねい			
	介護保険事業所番号	1 3 7 4 1 0 1 0 9 3			
	事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京都 小金井市本町1丁目15番9号 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号 042-382-5519	FAX番号	042-382-5519	
事業等の種類	同一所在地において行うサービスの種類		サービスの指定年月日	備考	
	地域密着型サービス	地域密着型通所介護	2010年6月1日		
地域密着型介護予防サービス					
医療機関コード等					

備考

- 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「地域密着型サービス」欄及び「地域密着型介護予防サービス」欄は、地域密着型サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類を記載してください。
- 「サービスの指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
- 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表9-1 地域密着型通所介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスコガネイ												
	名称	デイサービスこがねい												
	所在地	〒184-0004 小金井市本町1丁目15番9号												
	連絡先	電話番号	042-382-5519					FAX番号	042-382-5519					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等の条文		第3条第2項第 号												
主たる併設事業所の種別、名称							事業所番号							
管理者	フリガナ	シノザキ タモツ												
	氏名	篠崎 保												
	生年月日	[REDACTED]												
	当該地域密着型通所介護事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記載）		生活相談員											
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合のみ記載）		名称						事業所番号					
		兼務する職種及び勤務時間等												
実施単位数		1単位		事業所で同時に通所介護を行う利用者の上限					15人					
通所介護事業所全体の食堂及び機能訓練室の合計面積		49.62㎡		病院・診療所・訪問看護ステーションとの連携の有無（連携している場合の連携先）										
基準上の必要数値		適合の可否		有		無			むさし小金井診療所（同一建物内）					
45㎡以上														
単位を複数に分けている場合、単位別にご記入ください。														
当該単位で同時に通所介護を行う利用者の数及び食堂・機能訓練室の面積							15人		49.62㎡					
従業者の職種・員数			生活相談員			看護職員			介護職員			機能訓練指導員		
			専従		兼務	専従		兼務	専従		兼務	専従		兼務
単位別従業者	常勤(人)				1						1			
	非常勤(人)				1			1	4				1	
	基準上の必要人数													
	適合の可否													
単位数1 主な揭示事項	営業日		月	火	水	木	金	土	日	祝	その他年間の休日			
			○	○	○	○	○	休	休	○	GW (5/3~5/5) 年末年始 (12/29~1/3)			
	営業時間		平日	8:35 ~ 17:55			土曜				日・祝		8:35 ~ 17:55	
			サービス提供時間		9:00~16:55									
	利用料		法定代理受領分		介護報酬告示上の額の1割又は2割又は3割（負担割合証に準じる）									
			法定代理受領分以外		介護報酬告示上の額又は市が定めた額									
	その他の費用		昼食、おやつ、材料費として1日800円											
	通常の事業実施地域		小金井市、三鷹市、府中市											
宿泊サービス実施の有無		有・無												
添付書類		別添のとおり												

備考 1 「基準上の必要人数」「基準上の必要数値」「適合の可否」欄には記載しないこと
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付すること
 3 本事業所内で複数の単位を実施する場合、2単位目以降に係る利用定員及び単位別従業者の職種・員数については「付表9-2」に記載し、添付してください。