

訪問型サービス指定状況【令和5年1月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所庁	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	東京都小金井市東町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	東京都小金井市東町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	東京都小金井市東町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	東京都小金井市中町2-15-25	042-386-6515	○ (H28.10.1~)	○ (H28.4.1~)
	5	1374100913	株式会社にこにこ	にこにこサービス	184-0012	東京都小金井市中町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	東京都小金井市本町1-5-1 アルブ武蔵小金井ビル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	東京都小金井市桜町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	東京都小金井市桜町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ビ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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市本町5-7-25 SORAIRO102	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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市貫井北町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	東京都小金井市前原町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	東京都小金井市前原町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	東京都小金井市前原町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	東京都小金井市貫井南町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	東京都武蔵野市境南町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	東京都武蔵野市緑町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	東京都三鷹市上連雀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	東京都三鷹市上連雀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	東京都調布市小島町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	東京都国分寺市本多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	東京都国分寺市本町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	東京都国分寺市本町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	東京都国分寺市東元町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	東京都国分寺市泉町3-33-2 西晴ビル203	042-300-3663	○ (H31.1.1~)	○ (H31.1.1~)
小平市	29	1374303665	株式会社やすらぎ邸	訪問介護のんな 花小金井	187-0002	東京都小平市花小金井4-20-1 グランデール武蔵野2階	042-452-6795		○ (R5.1.1~)
杉並区	30	1371505262	株式会社ピーステップ	ピーステップ井草	167-0021	東京都杉並区井草5-10-22	03-5311-0791	○ (R3.7.1~)	○ (R3.7.1~)
長野県飯田市	31	2070500232	社会福祉法人ほけっと	社会福祉法人ほけっと	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5年1月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所下	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	東京都小金井市東町4-10-1 6 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	東京都小金井市中町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	東京都小金井市中町2-15-2 5	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	東京都小金井市中町2-17-1 8 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	東京都小金井市中町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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市梶野町1-7-3 4 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	東京都小金井市梶野町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	東京都小金井市梶野町5-3-2 8	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	東京都小金井市関野町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	東京都小金井市緑町5-13-2 5	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	東京都小金井市桜町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	東京都小金井市本町2-10-1 3	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	東京都小金井市本町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	東京都小金井市真井北町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	東京都小金井市真井北町2-4 -4	042-384-9668	○ (R2.10.1~)	市基準のみ	
	17	13A4100148	KM合同会社	KMリハビリセンター貫井	184-0015	東京都小金井市真井北町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 陽なたリハビリデイサービス	184-0004	東京都小金井市本町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	東京都小金井市前原町3-1-1 4 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	東京都小金井市前原町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	東京都小金井市前原町5-2-4 7 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	東京都小金井市真井南町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	東京都小金井市真井南町4-11 -11 グランバレイ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	東京都武蔵野市吉祥寺東町1-17-18 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	東京都武蔵野市西久保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	東京都武蔵野市関前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	東京都武蔵野市桜堤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	東京都武蔵野市桜堤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	東京都武蔵野市境1-8-4	0422-60-3911	○ (R2.1.1~)	一体型	○ (R1.5.1~)
	30	1373301850	株式会社きしめディカルサービス	デイサービスセンター もも寿武蔵境	180-0023	東京都武蔵野市境南町2-7-1 9 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・プラチナジム武蔵境	180-0023	東京都武蔵野市境南町4-4-1 3	0422-26-1721	○ (H29.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
三鷹市	32	1373602349	有限会社仲景	文久堂整骨院ケアブレイス	181-0012	東京都三鷹市上連雀9-43-8	0422-72-0610		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	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	東京都三鷹市井口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5年1月1日現在】

圏域	番号	事業所番号	申請(開設)者名	事業所名	事業所庁	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	1393100217	株式会社エムズ	コンパスウォーク国分寺	185-0035	東京都国分寺市西町5-14-38	042-571-8808	○ (R1.10.1~)	一体型	○ (R1.10.1~)
小平市	35	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よう	187-0013	東京都小平市回田町349-5	042-322-6706	○ (H30.4.1~)	一体型	○ (H30.4.1~)
	36	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	東京都小平市上水南町2-15-7-1 エバーグレース543 101号室	042-313-9080		現行のみ	○ (R4.4.1~)
	37	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	東京都小平市上水南町2-23-1	03-5201-3995		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	38	13A4300037	株式会社永興	デイサービス にじゅうまる武番館	187-0021	東京都小平市上水南町3-4-26	042-313-8732		現行のみ	○ (H29.1.1~)
	39	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	東京都小平市上水南町4-7-45	042-321-9776	○ (R1.8.1~)	一体型	○ (R1.8.1~)
	40	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	東京都小平市仲町323-4	042-349-1530		現行のみ	○ (H30.4.1~)
	41	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	東京都小平市鈴木町2-160-2	042-452-6007		現行のみ	○ (R4.5.1~)
	42	1374302204	株式会社ケア・ポストマン2	ケア・ポストマン	187-0011	東京都小平市鈴木町2-186-8 えー1Place	042-497-6536		現行のみ	○ (R1.5.1~)
	43	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	東京都小平市鈴木町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~)
	44	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	東京都小平市花小金井5-35-4	042-439-5781	○ (R3.5.1~)	一体型	○ (R3.5.1~)
西東京市	45	13A5400141	株式会社りらいふ	フィットネスデイりらいふ	188-0013	東京都西東京市向台町4-13-27	042-452-7582	○ (R2.5.1~)	一体型	○ (R2.5.1~)
府中市	46	13A3800177	有限会社エクイット	ジョーバラボしんまち	183-0052	東京都府中市新町1-28-1	042-202-5760		現行のみ	○ (R5.1.1~)

★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 5 年 1 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)

生活リハビリデイサービス ガーデンハウスいちょう (小平市)	1
だんらんの家武蔵境 (西東京市)	3
ファミリーケア国分寺さくら物語 (国分寺市)	5

【新規指定】

(地域密着型通所介護 (療養通所介護))

福生会療養通所介護センター (小平市)	7
-------------------------------	---

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9月16日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小平市回田町349-5

申請者

名称 有限会社田中カインドリーサービス 取締役 田中延行



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	ユウゲンガイシヤタナカカインドリーサービス				
	名称	有限会社田中カインドリーサービス				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 187 - 0013) 東京都小平市回田町349-5 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	042-322-6706	FAX番号	042-322-6725	
	法人の種類別	有限会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	取締役	フリガナ 氏名	タナカ ノブユキ 田中 延行	生年月日
代表者の住所	[Redacted]					
事業所	フリガナ	セイカツリハビリデイサービスガーデンハウスイチョウ				
	名称	生活リハビリサービス ガーデンハウスいちょう (1374301388)				
	介護保険事業所番号					
	事務所の所在地	(郵便番号 187 - 0013) 東京都小平市回田町349-5 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	042-322-6706	FAX番号	042-322-6725	
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30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	セイカツバリアティブガーデンハウスイチョウ										
	名称	生活バリアティブガーデンハウスいちょう										
	所在地	〒187-0013、 東京都小平市回田町349-5 (方書)										
	連絡先	電話番号	042-322-6706			FAX番号	042-322-6725					
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2号										
主たる併設事業所の種別、名称						事業所番号	1374301388					
管理者	フリガナ	タナカ ノブユキ		住所	[Redacted]							
	氏名	田中 延行										
	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、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				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		71.6 71.9 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 ・ 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	71.9m 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)		1				1		1			
	非常勤(人)		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	
			○	○	○	○	○			○	年未年始12/29~1/3	
	営業時間		平日	8:30 ~ 16:30		土曜		~		日・祝	8:30 ~ 16:30	
			サービス提供時間			9:00~15:30						
			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		運営規程による									
通常の事業実施地域		小平市・小金井市・国分寺市										
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 12月 18日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都西東京市新町4-11-21

申請者

名称 フライングフィールド株式会社 代表取締役 羽畑 剛史



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	フライングフィールドカブシキガイシャ									
	名称	フライングフィールド株式会社									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号202 - 0023) 東京都道 西東京市新町4-11-21									
		(ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	0422-38-6890	FAX番号	0422-38-6891						
	法人の種類別	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	ハバタ タケシ	生年月日					
			氏名	羽畑 剛史							
代表者の住所	[Redacted]										
事業所	フリガナ	ダンランノイエムサシサカイ									
	名称	だんらの家武蔵境									
	介護保険事業所番号	1	3	7	5	4	2	4	4	7	8
	事務所の所在地	(郵便番号 -) 東京都道 西東京市新町4-11-21									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号	0422-38-6890		FAX番号	0422-38-6891						
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26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	ダンランノイエムサシサカイ・									
	名称	だんらんの家武蔵境・									
	所在地	〒202-0023 東京都西東京市新町4-11-21・ (方書)									
	連絡先	電話番号	0422-38-6890・				FAX番号	0422-38-6891・			
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 3号・									
主たる併設事業所の種別、名称		だんらんの家武蔵境・				事業所番号	1375424478・				
管理者	フリガナ	ハバタ タケシ・				住所	[Redacted]				
	氏名	羽畑 剛史・									
	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			
		兼務する職種及び勤務時間等	生活相談員								
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		、30.57㎡				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					
㎡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		㎡			
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)		3			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	
		○	○	○	○	○	○	○	○	なし	
	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	9:00~17:00								
	備考	年中無休									
	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	介護報酬告示額・								
	その他の費用	昼食代600円・									
通常の事業実施地域	西東京市・										
宿泊サービス実施の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無										
添付書類	別添のとおり										

備考

- 「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
- 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
- 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

4年 11月 4日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都府中市若松町4-2-2

申請者

名称 株式会社アンザイレン



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	カブシキガイシャアンザイレン									
	名称	株式会社アンザイレン									
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185-0011) 183-0005 東京都府中市若松町4-2-2 府県									
		(ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号	042-403-0388		FAX番号	050-3000-0825					
	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	ミカミマサユキ		生年月日				
氏名				三上雅之							
代表者の住所											
事業所	フリガナ	ファミリーケアコクブンジサクラモノガタリ									
	名称	ファミリーケア国分寺さくら物語									
	介護保険事業所番号	1	3	7	3	1	0	1	1	3	6
	事務所の所在地	(郵便番号 185-0011) 東京都府県国分寺市本多4-11-19									
		(ビルの名称等)									
連絡先	電話番号	042-401-0506			FAX番号	042-401-0531					
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	通所介護				平成23年1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	ファミリーケアコクブンジサクラモノガタリ										
	名称	ファミリーケア国分寺さくら物語										
	所在地	〒185-0011 東京都国分寺市本多4-11-19 (方書)										
	連絡先	電話番号	042-401-0506			FAX番号	042-401-0531					
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 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	ウチダトオル			住所	[Redacted]						
	氏名	内田達										
	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)		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		40.05㎡		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						
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								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	2				
	非常勤(人)			1				5		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	
			○	○	○	○	○	○	○	○	なし	
	営業時間		平日	8:00	~	19:00	土曜	8:00	~	19:00	日・祝	8:00 ~ 19:00
			サービス提供時間			9:00~18:00						
			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			別表のとおり						
	その他の費用											
通常の事業実施地域		国分寺市、小金井市、府中市、立川市										
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申請書

2022年9月1日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小平市花小金井南町一丁目12番12-103号
 申請者 特定非営利活動法人 福生会
 名称 福生会療養通所介護センター



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 1 3 2 1 1 8

申請者	フリガナ	トクテイヒエイリカツドウハウジフクイクカイ			
	名称	特定非営利活動法人福生会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 187-0003) 東京都道小平市花小金井南町一丁目12番12-103号 府 県			
	連絡先	電話番号	0 4 2 - 4 6 4 - 8 5 9 5	FAX番号	0 4 2 - 4 6 4 - 8 5 9 5
事業所	法人の種類	NPO法人		法人所轄庁	東京都
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ	ミズノヒロマサ	生年月日
		理事長	氏名	水野博允	
	代表者の住所	[Redacted]			
	フリガナ	フクイクカイリョウヨウツウシヨカイゴセンター			
	名称	福生会療養通所介護センター			
	事務所の所在地	(郵便番号 1 8 7 - 0 0 0 3) 東京都小平市花小金井南町一丁目12番12-103号 府 県 (ビルの名称等) 西部プラザ花小金井			
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	療養通所介護 (地域密着型通所介護)	2022・10・1	2021・11・1	
介護予防サービス	地域密着型				
介護保険事業所番号		1 3 7 4 3 0 2 7 7 4 (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		小平市 西東京市 府中市			
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 「医療機関コード」欄は、厚生労働省「医療機関コード」等が公表されている場合は、そのコードを「医療機関コード」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を修正して、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」「役員の氏名、生年月日及び7-7-1「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書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	フクイクカイリョウヨウツウシヨカイゴセンター・												
	名称	福生会療養通所介護センター・												
	所在地	〒187-0003・ 東京都小平市花小金井南町一丁目12番12-103号・ (方書)												
	連絡先	電話番号	042-464-8595・			FAX番号	042-464-8595・							
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項第 号・												
主たる併設事業所の種別、名称								事業所番号	1374302774					
管理者	フリガナ	ヤスマラノブコ				住所	[REDACTED]							
	氏名	安村 伸子・												
	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)					看護師・								
	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						・ 4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		・ 33.02m 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									
m ² 以上		1人6.4m ²												
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)					1								
	非常勤(人)				3		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			
			*	*	*	*	*	*			日曜・祝日・12/31・1/1・1/2			
	営業時間		平日	8:30	～	17:30	土曜	do	～	do	日・祝	無	～	無
			サービス提供時間			9:00～16:30								
	備考		営業時間8:30～17:30に送迎時間を含む											
	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以外							
	その他の費用		オムツ・パット他生活用品購入費用、サービス提供地域外ガソリン代1km/20円											
	通常の事業実施地域		小平市全域、小金井市、東久留米市、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。

令和5年1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)

ミクスチュアうてな・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

(認知症対応型共同生活介護)

グループホームうてな・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

(小規模多機能型居宅介護)

多機能型事業所うてな・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

【新規指定】

該当なし

様式第6号(第5条関係)

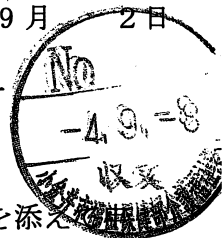
受付番号

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9月2日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小金井市本町五丁目37番8号
申請者 特定非営利活動法人エヌピーオー専
名称 理事長 茂木 稔



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提出いたします。

記

Table with columns for '申請者' (Applicant) and '事業所' (Facility). It contains detailed information such as 'フリガナ' (Kana name), '名称' (Name), '主たる事務所の所在地' (Main office location), '連絡先' (Contact info), '法人の種別' (Legal entity type), '代表者の職名・氏名・生年月日' (Representative info), and '事業等の種類' (Types of services).

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	ミクスチュアウテナ												
	名称	ミクスチュアうてな												
	所在地	〒184-0004・ 東京都小金井市本町五丁目37番8号・ (方書)												
	連絡先	電話番号	042-304-0090			FAX番号	042-380-9931							
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 4 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	モテギ マコト			住所	[REDACTED]								
	氏名	茂木 真人												
	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		48.8㎡			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							
㎡以上		ひがこ訪問看護ステーション												
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)		0	3	0	0	0	2	0	0				
	非常勤(人)		0	0	0	2	2	0	0	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			
			○	○	○	○	○	○	×	○	12/29~1/3			
	営業時間		平日	9:00	~	18:00	土曜	9:00	~	18:00	日・祝	9:00	~	18:00
			サービス提供時間		9:30~18:00									
			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		昼食代 750円											
通常の事業実施地域		小金井市、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

- 「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
- 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
- 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

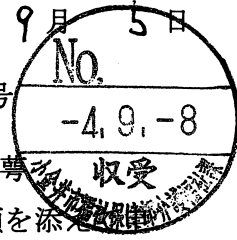
令和4年 9月 5日

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小金井市本町五丁目37番8号

申請者

名称 特定非営利活動法人エヌピーオー専



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エヌピーオーウテナ				
	名称	特定非営利活動法人エヌピーオー専				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004)・ 東京都府県 小金井市本町五丁目37番8号・ (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	042-380-9930	FAX番号	042-380-9931	
	法人の種別	特定非営利活動法人		法人所轄庁	東京都生活文化局	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事	フリガナ 氏名	モテギミノル 茂木 稔	生年月日 [REDACTED]
	代表者の住所	[REDACTED]				
事業所	フリガナ	グループホームウテナ				
	名称	グループホームうてな				
	介護保険事業所番号	1 3 9 4 1 0 0 0 5 9				
	事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004)・ 東京都府県 小金井市本町五丁目37番8号 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	042-304-0092	FAX番号	042-380-9931	
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	認知症対応型共同生活介護			平成22年11月1日、	
		小規模多機能型居宅介護			平成22年11月1日、	
		地域密着型通所介護			平成22年11月1日、	
	地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型共同生活介護			平成22年11月1日、	
		介護予防小規模多機能型居宅介護			平成22年11月1日、	
介護予防地域密着型通所介護			平成22年11月1日、			
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4 認知症対応型共同生活介護事業所・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ	グループホームウテナ・								
	名称	グループホームうてな・								
	所在地	(郵便番号 184-0004)・								
		東京 都 府 県	小金井市本町五丁目37番8号・							
連絡先	電話番号	042-304-0092・		FAX番号	042-380-9931・					
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	条第	項第	号			
管理者	フリガナ	アジノヨコ・		住所						
	氏名	淡路淑子・								
	生年月日									
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)				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(兼務の場合のみ記入)	名称	・ケアマネジメントセンターうて		事業所番号	1374100400・					
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者および主任介護支援専門員・								
共同生活住居数		2戸		①	②					
利用者数(推定数を記入)		15人		9人		6人				
従業者の職種・員数				介護従業者		介護従業者		計画作成担当者		
				専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
常勤(人)				6	3	5	3		1	
非常勤(人)				7	0	7	0		1	
常勤換算後の人数(人)				5.2		4				
基準上の必要人数(人)										
適合の可否										
主な揭示事項	居室数			9室 (うち個室 9室)		6室 (うち個室 6室)				
	利用定員			9人		6人				
	利用料	法定代理受領分(1割負担分)								
		法定代理受領分以外								
その他の費用				176300円		166,300円				
協力医療機関	名称	さいとう医院・久我治子クリニック			主な診療科目	内科				
	名称	武蔵野中央病院 滝本歯科医院			主な診療科目	精神科 内科 歯科				
耐火構造物、準耐火構造物等の別				耐火構造物・						
運営推進会議の有無				(有) ・ 無						
添付書類				別表のとおり						

備考 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「適合の可否」欄には、記入しないでください。
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載した書類を添付してください。
 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
 4 当該指定地域密着型サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定地域密着型サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

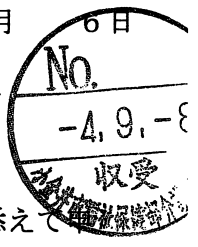
受付番号

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9月

(宛先) 小金井市長

所在地 東京都小金井市本町五丁目37番8号
 申請者 特定非営利活動法人エヌピーオー専
 名称 理事長 茂木 稔



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	トクテイヒエイリカツドウホウジンエヌピーオーウテナ、			
	名称	特定非営利活動法人エヌピーオー専、			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004)、 東京都 <small>都</small> 道 <small>道</small> 小金井市本町五丁目37番8号、 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	042-380-9930、	FAX番号	042-380-9931、
	法人の種別	NPO法人、		法人所轄庁	東京都生活文化局都民生活部管理法人課
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長、	フリガナ	モテギ ミノル
				氏名	茂木 稔、
代表者の住所	[Redacted]				
事 業 所	フリガナ	タキノウガタジギョウショウテナ、			
	名称	多機能型事業所うてな、			
	介護保険事業所番号	1 3 9 4 1 0 0 0 6 7、			
	事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004)、 東京都 <small>都</small> 道 <small>道</small> 小金井市本町五丁目37番8号、 (ビルの名称等)			
連絡先	電話番号	042-304-0091、	FAX番号	042-380-9931、	
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	小規模多機能型居宅介護、	平成22年11月1日、		
		認知症対応型共同生活介護	平成22年11月1日		
		地域密着型通所介護	平成22年11月1日		
	地域密着型介護予防サービス	介護予防小規模多機能型居宅介護、	平成22年11月1日、		
		介護予防認知症対応型共同生活介護	平成22年11月1日		
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3 小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	タキノウガタジギョウショウテナ					
	名称	多機能型事業所うてな					
	所在地	(郵便番号 184 - 0004)、 東京都 小金井市 本町5-37-8					
	連絡先	電話番号	042-304-0091	FAX 番号	042-380-9931		
	Email						
併設施設等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業所、 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院						
管理者	フリガナ	サクマ カズヨ		住所	[REDACTED]		
	氏名	佐久間 和代					
	生年月日	[REDACTED]					
	当該小規模多機能型居宅介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			介護支援専門員、介護職員			
併設する施設等の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)			名称		事業所 番号		
			兼務する職種 及び勤務時間等				
協力医療機関	名称	さいとう医院、久我治子クリニック		主な診療科名	内科		
	名称	滝本歯科医院		主な診療科名	歯科		
○人員に関する基準の確認に必要な事項							
従業者の職種・員数		介護従業者		うち看護職員		介護支援専門員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)		3	1		1		1
非常勤(人)		4					
常勤換算後の人数(人)		5.9					
通いサービスの利用者数(推定数を記入)		4 人					
○設備に関する基準の確認に必要な情報							
居間及び食堂の合計面積		28.3 m ²					
個室以外の宿泊室の合計面積				宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数		m ²	
登録定員		18 人					
通いサービスの利用定員		9 人		宿泊サービスの利用定員		3 人	
建物の構造		<input checked="" type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物		<input type="checkbox"/> その他	
添付書類		別添のとおり					

(小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項)

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX 番号	
	Email				
○設備に関する基準の確認に必要な情報					
居間及び食堂の合計面積		m ²			
個室以外の宿泊室の合計面積		m ²		宿泊サービスの利用定員から個室の定員数を減じた数	
登録定員		人			
通いサービスの利用定員		人		宿泊サービスの利用定員	
建物の構造		<input type="checkbox"/> 耐火建築物		<input type="checkbox"/> 準耐火建築物	
				<input type="checkbox"/> その他	

備考

- 1 記入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してください。
- 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
- 3 「協力歯科医療機関」がある場合は、「協力医療機関」欄に併せて記載してください。
- 4 当該事業を事業所所在地以外の場所(いわゆる出張所)で一部実施する場合、下段の表に所在地等を記載してください。また、従業者については、上段の表に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。