

地域密着型サービス事業所の指定更新に係る資料
(デイホームにんじん・西恋ヶ窪)

- 1 指定地域密着型サービス事業所 指定更新申請書写し
- 2 認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項

※受付番号

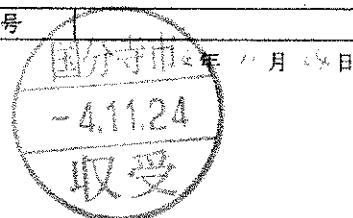
指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定更新申請書
指定介護予防支援事業所

国分寺市長殿

所在地 東京都国分寺市西恋ヶ窪1-50-1

申請者 理事長 石川 治江

名 称 社会福祉法人にんじんの会



介護保険法第115条の11(第115条の21, 第115条の31)において準用する法第70条の2の規定により申請します。

申請	フリガナ	シャカイフクシホウジンニンジンノカイ			
	名 称	社会福祉法人にんじんの会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185-0013) 東京都国分寺市西恋ヶ窪1-50-1			
	連絡先	電話番号	042-300-6035	FAX番号	042-300-6017
	法人の種別	社会福祉法人		法人所轄庁	東京都
	代表者の氏名・職名及び生年月日	フリガナ	インカワハルエ	職 名	理事長
		氏 名	石川 治江	生年月日	
	代表者の住所				
事業所	フリガナ	デイホームニンジン・ニシコイガクボ			
	名 称	デイホームにんじん・西恋ヶ窪			
	所在地	(郵便番号 185-0013) 東京都国分寺市西恋ヶ窪1-50-1			
	連絡先	電話番号	042-300-6012	FAX番号	042-300-6015
	当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するとき				
	フリガナ				
	名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
事業所の事業等の種類 (○をつけてください)	夜間対応型訪問介護		認知症対応型通所介護 介護予防認知症対応型通所介護		小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護
	認知症対応型共同生活介護 介護予防認知症対応型共同生活介護		地域密着型特定施設入居者生活介護		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
	看護小規模多機能型居宅介護		地域密着型通所介護	共生型地域密着型通所介護	介護予防支援
	現に受けている指定の有効期間満了日 令和5年1月31日				
誓約書				別添のとおり	
介護支援専門員の氏名及びその登録番号				別添のとおり	

備考

1 ※印の欄には、記入しないでください。

※受付番号

認知症対応型通所介護事業所・介護予防認知症対応型通所介護事業所の指定に係る記載事項(共用型)

事業所	フリガナ	デイホームニンジン・ニシコイガクボ /							
	名 称	デイホームにんじん・西恋ヶ窪 /							
	所在地	(郵便番号 185 — 0013) 東京都国分寺市西恋ヶ窪1-50-1 /							
	連絡先	電話番号	042-600-6012 /		FAX番号	042-300-6015 /			
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 一 条 第 2 項 (ロ) 号							
共用する事業所の情報	種別	介護老人福祉施設				事業所番号	1373100765		
	名称	西恋ヶ窪にんじんホーム /				開設年月日	平成17年2月1日		
管理者	フリガナ	[REDACTED]		住 所	[REDACTED]				
	氏 名								
	生年月日	[REDACTED]		生活相談員、介護職					
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職務(兼務の場合のみ記入)								
	同一敷地内の他の事業所又は他の施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)				名 称			事業所番号	
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
常勤(人)		0	2 /	0 /	0 /		2 /	0 /	0 /
非常勤(人)		0		0 /	0 /	2 /	1 /	0 /	2 /
※基準上の必要人員(人)		[REDACTED] /		—		1人		1人以上	
※適合の可否		可 /		—		可		可	
食堂及び機能訓練室の合計面積		70.21m ² /							
主な揭示事項	営 業 日	単位ごとの営業日 月曜日から土曜日の6日間 12/31~1/3は休業日							
	営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 9:00 ~17:00 ② : ~ : ③ : ~ :)							
	利 用 定 員	12人 (単位ごとの定員① 12人 ② 人 ③ 人)							
	利 用 料	法定代理受領分				介護報酬告示上の1割~3割			
		法定代理受領分以外				介護報酬告示上の額			
	その他の費用	食費: 750円							
	通常の事業の実施地域	国分寺市							
運営推進会議の有無	有・無								
添 付 書 類	別 添 の と お り								

備考

- ※印の欄には、記入しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 「種別」欄には、認知症対応型共同生活介護事業所、地域密着型特定施設、地域密着型介護老人福祉施設の別を記入してください。
- 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。
- 従業者の種別・員数については、本体事業と当該事業を併せた員数を記載してください。
- 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。