

地域密着型サービス事業所の指定更新に係る資料
(グループホームこもれび家族・国分寺)

- 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 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護の指定に係る記載事項



※受付番号

2023年7月/2日

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
指定介護予防支援事業所

国分寺市長殿

所在地 東京都府中市是政2-19-1

申請者 金子 有希

名称 株式会社 佐藤総研

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。

| | | | | | |
|---------------------------|--|---|------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| 申請者 | フリガナ | カブシキカイシャ サトウソウケン | | | |
| | 名称 | 株式会社 佐藤総研 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 188-0014) 東京都府中市是政2-19-1 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 042-352-8827 | FAX番号 042-352-8828 | |
| | 法人の種類 | 株式会社 | | 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 | カネコ ユキ | 職名 代表取締役 | |
| | | 氏名 | 金子 有希 | 生年月日 | |
| | 代表者の住所 | | | | |
| 事業所 | フリガナ | グループホームコモレピカソク・コクブンジ | | | |
| | 名称 | グループホームこもれび家族・国分寺 | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 185-0014) 東京都国分寺市東恋ヶ窪6丁目18番地2号 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 042-316-8690 | FAX番号 042-316-8691 | |
| | 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 平成35年(令和5年)9月30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

認知症対応型共同生活事業所・介護予防認知症対応型共同生活事業所事業所の指定に係る記載事項

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------------|-----|
| 事業所 | フリガナ | グループホームコモレピカソク・コクブンジ | | | | | |
| | 名称 | グループホームこもれび家族・国分寺 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 185-0014) 東京都国分寺市東恋ヶ窪6-18-2 | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 042-316-8690 | FAX番号 | 042-316-8691 | | |
| 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 7項 3号 | | | | | |
| 併設施設等 | 種 別 | | 名称 | | 事業所番号 | 1393100100 | |
| 管理者 | フリガナ | | 住所 | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | |
| | 当該事業所で兼務する他の職務 (兼務の場合のみ記入) | | | 計画作成担当者 | | | |
| | 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 | | 事業所番号 | |
| | | 兼務する職種及び 勤務時間等 | | | | | |
| 共同生活住居数 | 18戸 | ① | ② | | | | |
| 利用者数 (推計値を記入) | 18人 | 9人 | 9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) | | 5 | 1 | 5 | 1 | 2 | |
| 非 常 勤(人) | | 5 | | 3 | | | |
| 常勤換算後の人数(人) | | 7.8 | | 6.2 | | | |
| ※基準上の必要人員(人) | | 3.0 | | 3.0 | | | |
| ※適合の可否 | | 可 | | 可 | | | |
| 主な揭示事項 | 居 室 数 | 9室 (うち個室 9室) | | 9室 (うち個室 9室) | | | |
| | 利 用 定 員 | 9人 | | 9人 | | | |
| | 利用料 | 法定代理受領分 | | | | | |
| | | 法定代理受領分以外 | | | | | |
| | その他の費用 | | | | | | |
| 協力医療機関 | 名 称 | 社会福祉法人浴光会 国分寺病院 | | | 主な診療科名 | 内、神経内、胃腸、循環、リハ、放射線 | |
| | 名 称 | 医療法人社団相明会 パール歯科クリニック | | | 主な診療科名 | 訪問歯科診療 | |
| 耐火構造物・準耐火構造物等の別 | | 準耐火構造物 | | | | | |
| 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。
- 「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。
- 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