

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
指定居宅介護支援事業所
指定介護予防支援事業所



指定更新申請書

西暦2025年09月17日

国分寺市長 殿 所在地 群馬県伊勢崎市上泉町157番地1

申請者 名称 株式会社介護NEXT

代表者職名・氏名 代表取締役 大場隆幸

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。

		法人番号	2070001005873			
申請者	フリガナ	カブシキガイシャカイゴネクスト				
	名称	株式会社介護NEXT				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 372-0045) 群馬県伊勢崎市上泉町157番地1				
	連絡先	電話番号	0270-61-8960	(内線)	FAX番号	0270-61-8961
		Email	govt_information@kaigo-next.com			
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	オオバタカユキ	
				氏名	大場隆幸	
	代表者の住所					
	事業等の種類	地域密着型通所介護	介護保険事業所番号	1373101441		
	指定有効期間満了日	西暦2025年10月31日				
事業所	フリガナ	ゲンキネクスト コクブンジヒカリ				
	名称	GENKINEXT 国分寺光				
	所在地	(郵便番号 185-0034) 東京都国分寺市光町1-20-25				
	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					
管理者	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号)				
	フリガナ	コバヤシユミ		生年月日		
	氏名	小林由美				
	住所					

- 備考 1 「事業等の種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 2 様式右上の申請者の所在地と様式中央の申請者欄の主たる事務所の所在地は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の主たる事務所の所在地は、原則として、登記事項証明書の内容を記載してください。ただし、建物名や部屋番号を追記することも可能です。
- 3 電子申請届出システムを利用する際は、「事業等の種類」に該当する付表を入力してください。
- 4 「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」の対象が2つ以上の場合は、付表に該当する事業所を記入してください。

付表第二号(三) 地域密着型通所介護(療養通所介護)事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	2070001005873								
	フリガナ	ゲンキネクスト コクブンジヒカリ								
	名 称	GENKINEXT 国分寺光								
	所在地	(郵便番号 185-0034) 東京都国分寺市光町1-20-25								
	連絡先	電話番号	042-505-5792 (内線)				FAX番号	042-505-5793		
管理者	フリガナ	コバヤシユミ		住所						
	氏 名	小林由美								
	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)	生活相談員								
	他の事業所、施設等の職 務との兼務 (兼務の場合のみ記入)	兼務先の名称、所 在地						事業所番号		
	兼務先のサービス種別、兼務する職 種及び勤務時間等									
	共生型サービスの該当有無				無					
○設備に関する基準の確認に必要な事項										
食堂及び機能訓練室の合計面積 54 m ² 利用定員(同時利用) 15 人										
サービス提供 単位 1	○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	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	1	1	1	0
	非常勤(人)	0	0	0	2	1	0	2	2	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		○		○	○	○	○	○	○	
	その他(年末年始休日等)									
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入		平日	8 : 30 ~ 17 : 30					
		土曜日								
		日曜日・祝日								
サービス提供時間			9 : 00 ~ 12 : 05							
利用定員			15 人							
サービス提供 単位 2	○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	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	1	1	1	0
	非常勤(人)	0	0	0	2	1	0	2	2	
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
		○		○	○	○	○	○	○	
	その他(年末年始休日等)									
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入		平日	8 : 30 ~ 17 : 30					
		土曜日								
		日曜日・祝日								
サービス提供時間			13 : 30 ~ 16 : 35							
利用定員			15 人							
サービス提供 単位 3	○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	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)								
	非常勤(人)									
	○設備に関する基準の確認に必要な事項									
	営業日 (該当に○)	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	祝日	
	その他(年末年始休日等)									
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入		平日	~					
		土曜日								
		日曜日・祝日								
サービス提供時間			~							
利用定員			人							
添付書類		別添のとおり								