

地域密着型サービス事業所の新規申請に係る資料
(また明日デイホーム)

- 1 指定地域密着型サービス事業所 指定申請書写し
- 2 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

国分寺市

年-5.5月8

日

収受

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

指定申請書

国分寺市長殿

所在地 東京都小金井市貫井南町4-14-14ヴィレッジ・パル1F
申請者 名称 NPO法人 地域の寄り合い所 また明日
代表理事 森田 眞希

介護保険法第78条の2第1項(第115条の12第1項, 第115条の22第1項)の規定により, 申請します。

申 請 者	フリガナ	エスピーオー・ホムソン 株式会社/エスピーオー マテリアル											
	名 称	NPO法人 地域の寄り合い所 また明日											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 -) 東京 都 道 府 県 小金井市貫井南町4-14-14ヴィレッジ・パル1F											
	連絡先	電話番号	042-386-8280		FAX番号	042-386-8285							
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	法人の種類	特定非営利活動法人		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	モリタ マキ		職 名	ダイヒョウリジ							
		氏 名	森田 眞希		代表理事								
	代表者の住所												
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	フリガナ	マツシゲ・ホーム											
	名 称	また明日デイホーム											
	所 在 地	(郵便番号 184 - 014) 東京 都 道 府 県 小金井市貫井南町4-14-14ヴィレッジ・パル1F (ビルの名称等)											
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	事業開始予定年月	既に指定を受けている事業の指定年月日	添付様式						
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					様式第2号						
		認知症対応型通所介護			○	令和5年	平成18年12月1日	様式第4号					
		小規模多機能型居宅介護						様式第7号					
		認知症対応型共同生活介護						様式第9号					
		地域密着型特定施設入居者生活介護						様式第10号					
		地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護						様式第11号					
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護						様式第12号					
		看護小規模多機能型居宅介護						様式第14号					
		地域密着型通所介護						様式第15号の2					
	地域密着型介護予防サービス	共生型地域密着型通所介護											
		介護予防認知症対応型通所介護						様式第4号					
介護予防小規模多機能型居宅介護						様式第7号							
介護予防認知症対応型共同生活介護						様式第9号							
介護予防支援			地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合)										
介護保険事業所番号			1	3	9	4	1	0	0	0	1	8	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			小金井市										
医療機関コード等													

備考

- 「受付番号」の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に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 「実施事業等」欄は、今回の申請に係る事業等の種類に応じ、該当する欄に○を記入してください。
- 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 既に指定を受けている事業の指定年月日欄は、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。
- 「介護保険事業所番号」欄は、既に指定を受けている場合に記入してください。
- 「医療機関コード等」欄は、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されている場合に記入してください。
- 地域包括支援センターの設置の届出を既に行っている場合において、既に市に提出している事項に変更がないときは、これらの事項に係る申請書の記載又は書類の提出を省略できます。

様式第5号(第2条関係)

※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(単独型・併設型)

事業所	フリガナ	マアジデホーム			
	名 称	また明日デイホーム			
	所 在 地	(郵便番号 184-0014) 東京 都 道 府 県 小金井市貫井南町4-14-14ヴィレッジ・パル1F (ビルの名称等)			
		連絡先	電話番号	042-386-8280	FAX番号
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 1 号
併設事業所の種別、名称			事業所番号		
管理者	フリガナ			住所	
	氏 名				
	生年月日				
	当該認知症対応型通所介護事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)			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(兼務の場合のみ記入)	名称	事業所番号		
		兼務する職種 及び勤務時間等			
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
常 勤 (人)		2		1	
非常勤 (人)				5	1
※基準上の必要人数 (人)					
※適合の可否					
食堂及び機能訓練室の合計面積			39.6㎡		
主な 掲 示 事 項	営 業 日	単位ごとの営業日 月～金			
	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 9:45～17:00 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(1割負担分)			
		法定代理受領分以外			
	その他の費用	昼食代800円			
	通常の事業実施地域	小金井市全域			
運営推進会議の有無		有 ・ 無			
添付書類		別表のとおり			

備考 1 ※印の欄には、記入しないでください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別様に記載した書類を添付してください。

3 「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。

4 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。

5 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。

6 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。