

地域密着型サービス事業所の指定更新に係る資料
(グループホームなごみ国分寺北町)

- 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

令和5年4月28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 東京都荒川区東尾久1-1-4 5階

申請者

名称 株式会社大起エンゼルヘルプ

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	カブシキガイシャダイキエンゼルヘルプ		
	名称	株式会社大起エンゼルヘルプ		
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 116-0012) 東京都荒川区東尾久1-1-4 5階		
	連絡先	電話番号	03-3892-1331	FAX番号 03-2892-1355
	法人の種別	営利法人		法人所轄庁
	代表者の氏名・職名及び生年月日	フリガナ	コバヤシ ヨシノリ	代表取締役
		氏名	小林 由憲	職名
	生年月日			
	代表者の住所			
事業所	フリガナ	グループホームナゴミコクブンジキタマチ		
	名称	グループホームなごみ国分寺北町		
	所在地	(郵便番号 185-0001) 東京都国分寺市北町1-21-1		
	連絡先	電話番号	042-321-0753	FAX番号 042-321-0751
	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6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。

1393/00191

※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	グループホームナゴミコクブンジキタマチ						
	名称	グループホームなごみ国分寺北町(共同生活住居①)						
	所在地	(郵便番号185-0001) 東京都国分寺市北町1-21-1						
	連絡先	電話番号	042-321-0753	FAX番号	042-321-0751			
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 号					
併設施設等	種 別	小規模多機能型居宅介護	名称	小規模多機能ホーム 国分寺北町	事業所番号	1393100209		
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)							
	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	小規模多機能ホーム 国分寺北町	事業所番号	1393100209		
		兼務する職種及び 勤務時間等		介護従業者				
共同生活住居数	戸	①	②					
利用者数 (推計値を記入)	人	9人	9人					
主な 掲 示 事 項	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				1
	非 常 勤(人)		2	1				1
	常勤換算後の人数(人)		6.3					
	※基準上の必要人員(人)		3					
	※適合の可否		可					
	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	介護報酬告示上の額の 1~3割		介護報酬告示上の額の 1~3割			
法定代理受領分 以外		介護報酬告示上の額		介護報酬告示上の額				
その他の費用		運営規定に定める通り		運営規定に定める通り				
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	内科・循環器科・胃腸内科・ 神経内科・放射線科・リハ ビリテーション科		
	名 称	横山歯科医院			主な診療科名	歯科		
耐火構造物・準耐火構造物等の別			準耐火建築物					
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

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	グループホームナゴミコクブンジキタマチ					
	名 称	グループホームなごみ国分寺北町(共同生活住居②)					
	所在地	(郵便番号185-0001) 東京都国分寺市北町1-21-1					
	連絡先	電話番号	042-321-0753	FAX番号	042-321-0751		
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 号				
併設施設等	種 別	小規模多機能型居宅介護	名 称	小規模多機能ホーム 国分寺北町	事業所番号	1393100209	
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)			介護従業者			
	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	
共同生活住居数	戸	①	②				
利用者数 (推計値を記入)	人	9人	9人				
主な 掲 示 事 項	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)				4	2	1
	非 常 勤(人)				1	0	1
	常勤換算後の人数(人)				5.2		
	※基準上の必要人員(人)				3		
	※適合の可否				○		
	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	介護報酬告示上の額の 1～3割		介護報酬告示上の額の 1～3割		
		法定代理受領分 以外	介護報酬告示上の額		介護報酬告示上の額		
	その他の費用		運営規定に定める通り		運営規定に定める通り		
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	内科・循環器科・胃腸内科・ 神経内科・放射線科・リハ ビリテーション科
	名 称	横山歯科医院				主な診療科名	歯科
耐火構造物・準耐火構造物等の別			準耐火建築物				
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。