

令和 7 年 8 月 1 日現在

市外地域密着型サービス事業所の指定について

【指定更新】

(地域密着型通所介護)

東京ヘルスケア機能訓練センター井口 (三鷹市) 1

【新規指定】

該当なし



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

2025 年 4 月 20 日

申請者 名称 有限会社東京ヘルスケア機能訓練センター
 代表者職名・氏名 取締役 長尾雅人
 所在地 東京都武蔵野市中町一丁目39番地9
 小金井 市(区・町・村)長殿

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		7	0	1	2	4	0	2	0	2	1	6	6	5	
申請者	フリガナ	ユウゲンガイシャトウキョウヘルスケアキノウケンレンセンター															
	名称	有限会社東京ヘルスケア機能訓練センター															
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 180 - 0006) 東京都武蔵野市中町一丁目39番地9															
	連絡先	電話番号	0422-33-2625 (内線) ?					FAX番号	0422-54-1184 /								
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	取締役		フリガナ	ナガオマサト			生年月日	[REDACTED]							
		氏名	長尾雅人														
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]															
事業所	事業等の種類	地域密着型通所介護					介護保険事業所番号	1	3	9	3	6	0	0	2	4	0
	指定有効期間満了日	2025年6月30日															
	フリガナ	トウキョウヘルスケアキノウケンレンセンターイグチ															
	名称	東京ヘルスケア機能訓練センター井口															
	所在地	(郵便番号 181 - 0011) 東京都三鷹市井口2丁目13番37号白鳥ビル102															
	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																
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 [REDACTED]) 都 道 市 区 府 県 町 村															
管理者	フリガナ	ササキアヤコ															
	氏名	佐々木綾子					生年月日	[REDACTED]									
	住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]															

- 備考
- 「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。
 - 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。
 - 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。
 - 「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	7012402021665							
	フリガナ	トウキョウヘルスケアキノウクンレンセンターイグチ							
	名称	東京ヘルスケア機能訓練センター井口							
	所在地	(郵便番号 181 - 0011) 東京都三鷹市井口2丁目13番37号白鳥ビル102							
連絡先	電話番号	0 4 2 2 - 3 3 - 2 6 2 5 / (内線)			FAX番号	0422-54-1184 /			
	Email								
管理者	フリガナ	ササキアヤコ			住所	(郵便番号 [])			
	氏名	佐々木綾子 /				[]			
	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 介護職員 /							
	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	1 3 9 3 6 0 0 2 4 0
共生型サービスの該当有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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		65.018 m ²			利用定員 (同時利用)		10 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)	3				3		
	非常勤 (人)					1		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)		12月30日～1月3日、全利用者へ休日を周知確認した場合を除く。						
	営業時間	曜日ごとに異なる場合		平日		土曜日		日曜日・祝日	
記入		9 : 00 ~ 18 : 00		~		~			
サービス提供時間		9 : 00 ~ 18 : 00		~ 12 : 35		~			
利用定員		10 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)	3				3		
	非常勤 (人)					1		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)		12月30日～1月3日、全利用者へ休日を周知確認した場合を除く。						
	営業時間	曜日ごとに異なる場合		平日		土曜日		日曜日・祝日	
記入		9 : 00 ~ 18 : 00		~ 17 : 15		~			
サービス提供時間		14 : 00 ~ 17 : 15		~		~			
利用定員		10 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		平日		土曜日		日曜日・祝日	
記入		~		~		~			
サービス提供時間		~		~		~			
利用定員		人							
添付書類	別添のとおり								