

指定介護予防支援事業所の指定更新について

小金井にし地域包括支援センター・・・・・・・・・・	1
---------------------------	---

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

令和8 年 9 月 14 日

市(区・町・村)長殿

所在地

東京都小金井市本町5-36-17

申請者

名称

社会福祉法人 小金井市社会福祉協議会

代表者職名・氏名

会長 亘理 千鶴子

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		8 0 1 2 4 0 5 0 0 0 0 8 7											
申請者	フリガナ	シヤカイフクシホウジン コガネイシヤカイフクシキョウカイ カイチョウ ワタリ チツコ													
	名称	社会福祉法人 小金井市社会福祉協議会 会長 亘理 千鶴子													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京都 都 道 小金井市 市 区 本町5-36-17 府 県 町 村													
	連絡先	電話番号	042-386-0294 (内線)				FAX番号	042-386-1294							
		Email	k-shakyo@jcom.home.ne.jp												
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	会長		フリガナ	ワタリ チツコ		生年月日							
		氏名	亘理 千鶴子												
	代表者の住所														
事業所	事業等の種類	指定介護予防支援		介護保険事業所番号	1 3 0 4 1 0 0 0 4 1										
	指定有効期間満了日	2026年9月30日													
	フリガナ	コガネイシヤキホウカツシエンセンター													
	名称	小金井にし地域包括支援センター													
	所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京 (都) 道 小金井 (市) 区 本町4-7-8 カーメスト武蔵小金井1号棟1階 府 県 町 村													
管理者	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 -) 都 道 市 区 府 県 町 村													
管理者	フリガナ	クノ ノリコ		生年月日											
	氏名	久野 紀子													
	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(十二) 指定介護予防支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	法人番号	8012405000087		
	フリガナ	コガネイニシチキホウカツシエンセンター		
	名 称	小金井にし地域包括支援センター		
	所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京都小金井市本町4-7-8 カーメスト武蔵小金井1号棟1階		
	連絡先	電話番号	042-386-7373 (内線)	FAX 番号 042-386-7374
	Email	west-houkatsu@galaxy.ocn.ne.jp		
管理者	フリガナ	クノ ノリコ		住所
	氏 名	久野 紀子		
	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)	主任介護支援専門員		
	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		
		兼務先のサービス種別、兼務する職種及び勤務時間等		
○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(人)		担当職員		
		専従	兼務	
常 勤(人)			4	
非常勤(人)			3	
事業開始時の利用者の推定数		220 人		
添付書類		別添のとおり		

- 備考
- 1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載してください。
 - 2 管理者の兼務については、添付資料にて確認可能な場合は記載を省略することが可能です。
 - 3 担当職員については、指定居宅介護支援事業者である場合は介護支援専門員について記載してください。