

令和 8 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）

デイオアシスまほろば（国分寺市）・・・・・・・・・・ 1

【新規指定】

（地域密着型通所介護）

デイサービスひだまり（三鷹市）・・・・・・・・・・ 3

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7年 11 月 11 日

小金井市 市長殿

所在地 東京都国分寺市富士本2-18-13

申請者 名称 一般社団法人一粒福祉会

代表者職名・氏名 代表理事 佐々木美知子

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		9 0 1 2 8 0 5 0 0 2 5 0 0											
申請者	フリガナ	デリオアシスマホロバ													
	名称	デリオアシスマほろば													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 185 - 0031) 東京 (都) 道 国分寺 (市) 区 富士本2-18-13 府 県 町 村													
	連絡先	電話番号	042-505-8419 (内線)						FAX番号	042-505-8423					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表理事		フリガナ	ササキミチコ			生年月日						
				氏 名	佐々木美知子										
	代表者の住所	(郵便番号)													
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 7 3 1 0 1 6 7 2										
	指定有効期間満了日	2025年(令和7年)12月31日													
	フリガナ	デリオアシスマホロバ													
	名称	デリオアシスマほろば													
	所在地	(郵便番号 185 - 0031) 東京 (都) 道 国分寺 (市) 区 富士本2-18-13 府 県 町 村													
	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														
管理者	フリガナ	ササキミチコ													
	氏名	佐々木美知子		生年月日											
	住所	(郵便番号)													

- 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、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	9012805002500									
	フリガナ	デリオアシスマホロバ									
	名称	デリオアシスマほろば									
	所在地	(郵便番号 185 - 0031) 東京 都 道 市 区 富士本2-18-13 府 県 国分寺 町 村									
	連絡先	電話番号	042-505-8419 (内線)				FAX番号	042-505-8423			
管理者		Email	hitotubufukusikai@yahoo.co.jp								
	フリガナ	ミヤウチ マドカ	住所	(郵便番号)							
	氏名	宮内 円									
	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 ☒ 有 ☐ 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	42.71 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)	1			1					
	非常勤(人)	1		2		1		4			
	○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)		年末年始 12月30日～1月3日								
	営業時間	曜日ごとに異なる場合		平日	8	:	00	～	17	:	00
記入		土曜日			:			:			
		日曜日・祝日	8	:	00	～	17	:	00		
サービス提供時間		8		:	50	～	16	:	10		
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)									
	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	:	～		:			
記入		土曜日			:			:			
		日曜日・祝日	:			:			:		
サービス提供時間				:	～		:				
利用定員		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	:	～		:			
記入		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									

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

指定申請書



西暦2025年11月24日

小金井市長 殿 所在地 東京都三鷹市野崎3-18-38
申請者 名称 有限会社あすなろ会
代表者職名・氏名 代表取締役 西田祥博

介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号	4012402021362				
申請者	フリガナ	ユウゲンガイシャアスナロカイ					
	名称	有限会社あすなろ会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 181-0014) 東京都三鷹市野崎3-18-38					
	連絡先	電話番号	0422-30-8990 (内線)		FAX番号	0422-30-8991	
		Email	info@care-asunaro.com				
	法人等の種類	営利法人					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	ニシダヨシヒロ	生年月日	
			氏名	西田祥博			
	代表者の住所	(郵便番号) 					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑							
指定を受けようとする事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービス申請時に☑	指定申請対象事業(該当事業に○)	既に指定を受けている事業(該当事業に○)	指定申請をする事業の開始予定年月日	様式
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護				西暦年月日	付表第二号(二)
		認知症対応型通所介護				西暦年月日	付表第二号(四)(五)
		小規模多機能型居宅介護				西暦年月日	付表第二号(六)
		認知症対応型共同生活介護				西暦年月日	付表第二号(七)
		地域密着型特定施設入居者生活介護				西暦年月日	付表第二号(八)
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				西暦年月日	付表第二号(九)
		定期巡回・随時対応型訪問介護看護				西暦年月日	付表第二号(一)
		複合型サービス				西暦年月日	付表第二号(十)
		地域密着型通所介護		○		西暦2025年12月1日	付表第二号(三)
	居宅介護支援事業				西暦年月日	付表第二号(十一)	
	介護予防支援事業				西暦年月日	付表第二号(十二)	
	介護予防地域密着型サービス	介護予防認知症対応型通所介護				西暦年月日	付表第二号(四)(五)
介護予防小規模多機能型居宅介護					西暦年月日	付表第二号(六)	
介護予防認知症対応型共同生活介護					西暦年月日	付表第二号(七)	
介護保険事業所番号		(既に指定又は許可を受けている場合)					
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)					

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	4012402021362							
	フリガナ	デイサービス ヒダマリ							
	名 称	デイサービス ひだまり							
	所在地	(郵便番号 181-0014) 東京都三鷹市野崎3-18-38							
	連絡先	電話番号	0422-30-8992 (内線)			FAX番号	0422-30-8993		
	Email	info@care-asunaro.com							
管理者	フリガナ	ニシダヨシヒロ		住所	(郵便番号)				
	氏 名	西田祥博							
	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)		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	
		兼務先のサービス種類、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				60.4 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)	1			1		7	3
	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		8	:	30	~	17	:
平日									
土曜日									
日曜日・祝日									
サービス提供時間		9		:	00	~	16	:	30
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)							
	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							
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							