

令和 8 年 8 月 1 日現在

市内地域密着型サービス事業所の指定について

【指定更新】

(認知症対応型通所介護)

桜町高齢者在宅サービスセンター 2

(認知症対応型通所介護)

小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター 4

(地域密着型通所介護)

だんらんの家 ぬくい 6

(地域密着型通所介護)

だんらんの家 武蔵小金井 8

(地域密着型通所介護)

はッピーライフ新小金井 10

(認知症対応型共同生活介護)

グループホーム 杏の家 12

【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

2026 年 2 月 3 日

小金井 市(区・町・村)長殿

所在地 東京都小金井市桜町1-3-22

申請者 名称 社会福祉法人 聖ヨハネ会

代表者職名・氏名 理事長 西田 和子

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 4 0 5 0 0 0 0 8 6																										
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン セイヨハネカイ																										
	名称	社会福祉法人 聖ヨハネ会																										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0005) 東京 都 道 小金井 市 区 桜町1-3-22 府 県 町 村																										
	連絡先	電話番号	042-384-4403 (内線)										FAX番号	042-384-4402														
		Email	honbu@seiyohanekai.or.jp																									
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長										フリガナ	ニシダ カズコ										生年月日				
		氏 名 西田 和子																										
	代表者の住所																											
事業所	事業等の種類	認知症対応型通所介護										介護保険事業所番号	1 3 7 4 1 0 0 1 5 2															
	指定有効期間満了日	2026年3月31日																										
	フリガナ	サクラマチコウレイシャザイタクサービスセンター																										
	名称	桜町高齢者在宅サービスセンター																										
	所在地	(郵便番号 -) 東京 都 道 小金井 市 区 桜町1-9-5 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	ニッタ シホ										生年月日																
	氏名	新田 誌帆																										
	住所																											

- 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。

事業所	法人番号	9012405000086							
	フリガナ	サクラマチコウレイシャザイタクサービスセンター							
	名称	桜町高齢者在宅サービスセンター							
	所在地	東京 (郵便番号 184 - 0005) (都 道 府 県) 小金井 (市 区 町 村) 桜町1-9-5							
	連絡先	電話番号	042-381-0006 (内線)			FAX番号	042-387-2324		
	Email	sakuramachi.sc@seiyo-hanekai.or.jp							
管理者	事業の実施形態	☐ 単独型 ☒ 併設型							
	フリガナ	ニッタ シホ		住所	[REDACTED]				
	氏名	新田 誌帆							
	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								
○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	166.6		㎡	利用定員 (同時利用)	24		
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	1	3	1	2	1	4
	非常勤(人)		3		1		2		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
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間		8 : 45 ~ 17 : 45						
	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		9 : 40 ~ 16 : 50							
利用定員		12 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	1	4	1	4	1	4
	非常勤(人)		3		1		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
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間		8 : 45 ~ 17 : 45						
	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		9 : 40 ~ 16 : 50							
利用定員		12 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
	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							

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

2026 年 2 月 3 日

小金井

市(区・町・村)長殿

所在地

東京都小金井市桜町1丁目3番地22号

申請者

名称

社会福祉法人聖ヨハネ会

代表者職名・氏名

理事長 西田 和子

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 4 0 5 0 0 0 0 8 6											
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジンセイヨハネカイ											
	名称	社会福祉法人聖ヨハネ会											
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184 - 0005) 東京 (都) 道 小金井 (市) 区 桜町1丁目3番地22号 府 県 町 村											
	連絡先	電話番号	042-384-4403 (内線)				FAX番号	042-384-4402					
		Email	honbu@seiyohanekai.or.jp										
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長		フリガナ	ニシダ カズコ		生年月日					
				氏 名	西田 和子								
	代表者の住所												
事業所	事業等の種類	認知症対応型通所介護				介護保険事業所番号	1 3 7 4 1 0 0 1 9 4						
	指定有効期間満了日	2026年3月31日											
	フリガナ	コガネイシツホンチョウコウレイシャサイクサービスセンター											
	名称	小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター											
	所在地	(郵便番号 184 - 0004) 東京 (都) 道 小金井 (市) 区 本町2丁目10番地13号 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	イチムラ ナオコ											
	氏名	市村 直子				生年月日							
	住所												

- 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（四） 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等に係る記載事項（単独型・併設型）

事業所	法人番号	9012405000086							
	フリガナ	コガネツバサコカレジャザイタツビセンター							
	名称	小金井市立本町高齢者在宅サービスセンター							
	所在地	東京 (郵便番号 184 - 0004) (都 道 府 県) 小金井 (市 区 町 村) 2丁目10番地13号							
	連絡先	電話番号	042-388-8011 (内線)			FAX番号	042-388-8014		
	Email	honcho.sc@seiyohanekai.or.jp							
管理者	事業の実施形態	☒ 単独型 ☐ 併設型							
	フリガナ	イチムラ ナオコ		住所					
	氏名	市村 直子							
	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							
	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							
	○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		127.1 m ²		利用定員（同時利用）		12 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		1	3			1
非常勤(人)				2		2		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）				12/30～翌年1/3は年末年始休暇。G・W期間の憲法記念日、みどりの日、こどもの日は休業する場合あり			
営業時間		8	:	45	～	17	:	45	
曜日ごとに 異なる場合		平日							
		土曜日							
記入		日曜日・祝日							
サービス提供時間		9	:	40	～	16	:	50	
利用定員		12 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							
		土曜日							
	記入	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							
		土曜日							
	記入	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

指定更新申請書

西暦2026年04月14日

小金井市長

殿

所在地

東京都小金井市中町3-18-6

申請者

名称

株式会社AGREE

代表者職名・氏名

代表取締役 村上正徳

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	3020001104316		
申請者	フリガナ	カブシキガイシャアグリー			
	名称	株式会社AGREE			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184-0012) 東京都小金井市中町3-18-6			
	連絡先	電話番号	0423166071 (内線)	FAX番号	0423166072
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email	nook@ab.auone-net.jp		
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	ムラカミマサノリ
				氏名	村上正徳
	代表者の住所				
	事業等の種類	地域密着型通所介護	介護保険事業所番号	1394100216	
	指定有効期間満了日	西暦2026年5月31日			
事業所	フリガナ	ダンランノイエヌクイ			
	名称	だんらんの家 めくい			
	所在地	(郵便番号 184-0015) 東京都小金井市貫井北町3-16-5			
	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				
管理者	フリガナ	ヤマザキシノゴ		生年月日	
	氏名	山崎慎悟			
	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	3020001104316							
	フリガナ	ダンランノイエヌクイ							
	名 称	だんらんの家 めくい							
	所在地	(郵便番号 184-0015) 東京都小金井市貫井北町3-16-5							
	連絡先	電話番号	042-401-0788		(内線)	FAX番号	042-329-8851		
管理者		Email	nuki@danrannoie.com						
	フリガナ	ヤマザキシシゴ		住所					
	氏 名	山崎慎悟							
	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	
		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 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		36.59 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)	2	0	0	3	2	1	
	非常勤(人)	1	0	0					
	○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)		1月1日から1月3日						
	営業時間	曜日ごとに異なる場合 記入		平日	8 : 0 ~ 19 : 0				
土曜日									
サービス提供時間		9 : 0 ~ 17 : 0							
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									
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									
サービス提供時間		~							
利用定員		人							
添付書類		別添のとおり							



別紙様式第二号(二)

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

西暦2026年04月15日

小金井市長

殿

所在地

東京都小金井市中町3-18-6

申請者

名称

株式会社AGREE

代表者職名・氏名

代表取締役 村上正徳

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	3020001104316				
申請者	フリガナ	カブシキガイシャアグリー					
	名称	株式会社AGREE					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 184-0012) 東京都小金井市中町3-18-6					
	連絡先	電話番号	0423166071	(内線)	FAX番号	0423166072	
		Email	nook@ab.auone-net.jp				
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ氏名	ムラカミマサノリ 村上正徳	生年月日	
	代表者の住所						
	事業等の種類	地域密着型通所介護	介護保険事業所番号	1374101465			
	指定有効期間満了日	西暦2026年6月30日					
	フリガナ	ダンランノイエ ムサシコガネイ					
名称	だんらんの家 武蔵小金井						
所在地	(郵便番号 184-0012) 東京都小金井市中町3-18-6						
	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						
	氏名	ヨシザワカズヒロ 吉沢和博			生年月日		
	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	3020001104316							
	フリガナ	ダンランノイエ ムサシコガネイ							
	名称	だんらんの家 武蔵小金井							
	所在地	(郵便番号 184-0012) 東京都小金井市中町3-18-6							
	連絡先	電話番号	042-316-6071 (内線)			FAX番号	042-316-6072		
管理者	フリガナ	ヨシザワカズヒロ		住所					
	氏名	吉沢和博							
	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)	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	
	兼務先のサービス種別、業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				35.6	㎡	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)	2	0	0	2	2	1	
	非常勤(人)	2	0	0	2	2	1		
	○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
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間	その他(年末年始休日等)		1月1日から3日					
		曜日ごとに異なる場合記入	平日	8		00		~ 19	
土曜日									
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	利用定員		9 : 00 ~ 17 : 00						
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
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間	その他(年末年始休日等)							
		曜日ごとに異なる場合記入	平日			~			
土曜日					~				
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	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
		○	○	○	○	○	○	○	○
	営業時間	その他(年末年始休日等)							
		曜日ごとに異なる場合記入	平日			~			
土曜日					~				
サービス提供時間	日曜日・祝日								
	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

指定更新申請書



西暦2026年05月15日

小金井市長

殿

所在地 東京都武蔵野市吉祥寺本町2-31-28
吉祥ビル3階

申請者 名称 株式会社はっぴーライフ

代表者職名・氏名 代表取締役 辻川泰史

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	3012401014335		
申請者	フリガナ	カブシキガイシャハッピーライフ			
	名称	株式会社はっぴーライフ			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 180-0004) 東京都武蔵野市吉祥寺本町2-31-28 吉祥ビル3階			
	連絡先	電話番号	0422285051 (内線)	FAX番号	0422-28-5052
		Email	h-tsujikawa@hl-66.com		
事業所	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ	ツジカワヤスシ
				氏名	辻川泰史
				生年月日	
	代表者の住所				
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	1374100947	
	指定有効期間満了日	西暦2026年6月30日			
	フリガナ	ハッピーライフシンコガネイ			
	名称	はっぴーライフ新小金井			
	所在地	(郵便番号 184-0011) 東京都小金井市東町4-10-16			
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を有するとき				
	フリガナ				
	名称				
管理者	フリガナ	イチカワユキコ		生年月日	
	氏名	市川恭子			
	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	3012401014335							
	フリガナ	ハッピーライフシンコガネイ							
	名称	はッピーライフ新小金井							
	所在地	(郵便番号 184-0011) 東京都小金井市東町4-10-16 小金井ビル							
管理者	連絡先	電話番号	042-386-6881 (内線)			FAX番号	042-386-6882		
		Email	staff@hl-66.com						
	フリガナ	イチカワユキコ		住所					
	氏名	市川森子							
	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)								
	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		はッピーライフケアセンター 184-0011 東京都小金井市東町4-10-16			事業所番号	1374100947	
	兼務先のサービス提供、業務する職 種及び勤務時間等		療養介護支援事業 介護支援専門員 9:00～17:00						
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		45 m ²		利用定員(同時利用)			15 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			4	1	
	非常勤(人)			3				3	
	○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)		1/1～1/3休み						
	営業時間			9	:	00	～	17	:
曜日ごとに異なる場合 記入		平日							
		土曜日							
サービス提供時間		9		:	00	～	16	:	45
利用定員		15 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							
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							
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

指定更新申請書

西暦2026年06月12日

小金井市長

殿

所在地

東京都武蔵野市境1丁目18番6号

申請者

名称

一般財団法人天誠会

代表者職名・氏名

理事長 天野英介

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	3012405002740		
申請者	フリガナ	イッパンザイダンホウジンテンセイカイ			
	名称	一般財団法人天誠会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 180-0022) 東京都武蔵野市境1丁目18番6号			
	連絡先	電話番号	0422-52-1345 (内線)	FAX番号	0422-55-2564
		Email	info@tenseikai.or.jp		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	アマノエイスケ 天野英介
	生年月日				
	代表者の住所				
事業所	事業等の種類	認知症対応型共同生活介護	介護保険事業所番号	1374100392	
	指定有効期間満了日	西暦2026年7月31日			
	フリガナ	グループホームアンズノイエ			
	名称	グループホーム 杏の家			
	所在地	(郵便番号 184-0013) 東京都小金井市前原町5丁目3番24号			
	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	リナガタツシ		生年月日	
	氏名	則永竜聡			
	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(七) 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等に係る記載事項

事業所	法人番号	3012405002740							
	フリガナ	グループホームアンズノイエ							
	名 称	グループホーム 杏の家							
	所在地	(郵便番号 184-0013) 東京都小金井市前原町5丁目3番24号							
	連絡先	電話番号	042-388-7526 (内線)		FAX 番号	042-388-7523			
管理者	フリガナ	ノリナガタツシ		住所					
	氏 名	則永竜聡							
	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) 介護支援専門員・介護従事者								
	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							
	本体施設の有無	無		本体施設名称					
協力医療機関	名称	武蔵境病院		主な診療科名	内科、整形外科、リハビリテーション科				
	名称	三鷹ピースデンタルクリニック		主な診療科名	歯科				
○人員に関する基準の確認に必要な事項									
共同生活住居数		6 戸		①		②			
従業者の職種・員数		介護従業者		介護従業者		介護従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
		常勤(人)		5	1			専従	兼務
		非常勤(人)		3					
常勤換算後の人数(人)		7.7							
利用者数(推定数を記入)		合計	6 人	6 人	人	人			
利用定員		6 人		人	人	人			
○設備に関する基準の確認に必要な事項									
建物の構造		耐火建築物							
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するか又は次頁の記入欄不足時の書類を添付してください。
- 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 「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。