

指定介護予防支援事業所の指定更新について

小金井きた地域包括支援センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

小金井みなみ地域包括支援センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

小金井ひがし地域包括支援センター・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

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 6 年 2 月 16 日

申請先 小金井 市(町・村)長 殿 所在地 東京都小金井市桜町1丁目3番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。

申請者	フリガナ	シヤ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22号		
	連絡先	電話番号 042-384-4403 (内線)	FAX番号 042-384-4402	
	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 氏名 西田 和子	生年月日
代表者の住所	[Redacted]			
事業所	事業等の種類	指定介護予防支援事業所	介護保険事業所番号	1 3 0 4 1 0 0 0 1 7
	指定有効期間満了日	2024年3月31日		
	フリガナ	コガネイキタチイキホウカツシエンセンター		
	名称	小金井きた地域包括支援センター		
	所在地	(郵便番号 184 - 0005 )、 東京 (都)道 小金井 (市)区 桜町1丁目9番5号		
備考	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	タカノ ヨシコ		
	氏名	高野 美子	生年月日	[Redacted]
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
 2 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。  
 3 「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。

別添 1 誓約書(参考様式6)  
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	コガネイキタチキホウカツシエンセンター				
	名称	小金井きた地域包括支援センター				
	所在地	(郵便番号 184 - 0005 )、 東京 (都) 道 府 県 小金井 (市) 区 町 村 桜町1丁目9番5号				
	連絡先	電話番号	042-388-2440 (内線)	FAX 番号	042-387-2324	
管理者	フリガナ	タカノ ヨシコ		住所	[REDACTED]	
	氏名	高野 美子				
	生年月日	[REDACTED]				
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	小金井きた地域包括支援センター			
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者				
○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)	6	6				
非常勤(人)	2	2				
事業開始時の利用者の推定数		200 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するか又は別様に記載した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。

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6年 2月 19日

小金井市長 殿 所在地 東京都武蔵野市境一丁目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 代表理事 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。

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	東京	都道 武蔵野市境	市区 一丁目18番6号
	連絡先	電話番号 0422-52-1345 (内線)	FAX番号 0422-55-2564	
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表理事	フリガナ アmano エイスケ	生年月日
			氏名 天野 英介	
代表者の住所	[Redacted]			
事業所	事業等の種類	介護予防居宅支援	介護保険事業所番号	1 3 0 4 1 0 0 0 2 5
	指定有効期間満了日	2024年3月31日		
	フリガナ	コガネイミナミチキホウカツシエンセンター		
	名称	小金井みなみ地域包括支援センター		
所在地	東京	都道 小金井市前原	市区 五丁目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	タグチ シゲカズ		
	氏名	田口 重和	生年月日	[Redacted]
	住所	[Redacted]		

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
 2 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。  
 3 「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。

別添 1 誓約書(参考様式6)  
 2 介護支援専門員一覧(参考様式7)



付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	コガネイミナミチイキホウカツシエンセンター			
	名称	小金井みなみ地域包括支援センター			
	所在地	(郵便番号 184 - 0013 ) 東京 (都) 道 府 県 小金井市前原 (市) 区 町 村 五丁目3番24号			
	連絡先	電話番号	042-388-8400 (内線)	FAX 番号	042-388-8401
	Email	center@tenseikai.or.jp			
管理者	フリガナ	タグチ シゲカズ		住所	[REDACTED]
	氏名	田口 重和			
	生年月日	[REDACTED]			
		当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	小金井みなみ地域包括支援センター		
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 7.7時間/日		
○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)			6人		
非常勤(人)			2人		
事業開始時の利用者の推定数		30 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するか又は別様に記載した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。

第5号様式

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6年2月19日

市(町・村)長殿 所在地 東京都清瀬市中里 5-91-2

申請者 名称 社会福祉法人東京聖労院

代表者職名・氏名 理事長 和田敏明

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。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジントウキョウセイロウイン、			
	名称	社会福祉法人東京聖労院、			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 204 - 0003 )、 東京 都道府県 清瀬 市区町村 中里5-91-2、			
	連絡先	電話番号 042-493-0180、 (内線)	FAX番号 042-493-0185、		
	代表者の職名・氏名・生年月日	Email honbu@seirouin.or.jp、	職名 理事長、	フリガナ ワダ トシアキ 氏名 和田 敏明、	生年月日
代表者の住所	[Redacted]				
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 3 3	
	指定有効期間満了日	令和6年3月31日、			
	フリガナ	コガネイヒガシチエキホウカツシエンセンター、			
	名称	小金井ひがし地域包括支援センター、			
	所在地	(郵便番号 184 - 0012 ) 東京 都道府県 小金井 市区町村 中町2-15-25、			
	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	タカハシ トオル、			
	氏名	高橋 徹、	生年月日	[Redacted]	
	住所	[Redacted]			

備考 1 様式右上の申請者と様式中央の申請者欄の所在地情報は必ず一致させる必要はありません。また、申請者欄の所在地情報は、基本 登記事項証明書の内容を記載しますが、建物名や部屋番号の記入も可能です。  
2 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。  
3 「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。

別添 1 誓約書(参考様式6)  
2 介護支援専門員一覧(参考様式7)

付表 11 指定介護予防支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	コガネヒガシチイキホウカツシエンセンター			
	名称	小金井ひがし地域包括支援センター			
	所在地	(郵便番号 184 - 0012 )、 東京 <input checked="" type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道 <input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県 小金井 <input checked="" type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 区 <input type="radio"/> 村 中町2-15-25			
	連絡先	電話番号	042-386-6514 (内線)	FAX 番号 042-386-2531	
管理者	フリガナ	タカハシ トオル		住所	
	氏名	高橋 徹			
	生年月日	[REDACTED]			
	当該介護予防支援事業所における他の職務との兼務の有無				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	地域包括支援センターの従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	小金井ひがし地域包括支援センター		
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者			
◎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)	7		
非常勤(人)					
事業開始時の利用者の推定数		300 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するか又は別様に記載した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。