

【報告の内容】 指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定の更新

【報告の説明】

「指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定の更新」については、介護保険法第115条の45の6及び富津市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する規則第13条に規定されています。

本報告案件は、当該指定事業者の指定有効期間の満了に伴い、指定の更新の申請内容を審査したところ、適正と認められたことから、指定の更新を決定した旨を報告するものです。

【指定の更新を行った事業所等】

13事業所（内訳）訪問型サービス 6事業所 ・ 通所型サービス 7事業所
更新を行った事業者等の一覧は、資料の29ページのとおりです。

【資料の説明】

資料の30ページ以降は、「富津市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱」により、事業者の指定に係る基準をチェックリストにより確認したもの、事業者より提出された申請書等です。

チェックリストでは、「○」が指定基準に適合していること表示しており、指定更新申請書及びその他提出された関係書類においても特段指摘を要する事項はなかったことを報告します。

※訪問型サービスとは

訪問型サービスとは、介護保険によるサービスを利用しようとする対象者の元を、看護師や介護士などが訪れ、何らかのサービスを提供する形態のことの総称です。

総合事業の訪問型サービスは、要支援1、要支援2に認定された方を対象に、訪問介護員が利用者宅を訪問し、本人が自分で行うのが困難な入浴、排せつ、食事等の介護や、調理、洗濯、掃除等の家事を行うサービスです。

※通所型サービスとは

通所型サービスとは、介護保険によるサービスを利用しようとする対象者が、自らが普段生活している場所とは違うところを訪れ、何らかのサービスを受ける形態のことの総称です。

総合事業の通所型サービスは、介護予防を目的とし、デイサービスセンター等の施設で、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の支援や機能訓練、レクリエーション等を日帰りで利用できるサービスです。

報告第2号補足説明資料2

指定介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者の指定更新一覧

事業者	事業所	事業所の所在地	事業等の種類	指定有効期間満了日	更新後の指定有効期間	資料のページ
1 有限会社 日の出	訪問介護事業所 朝陽	千葉県木更津市請西南2-14-2-202	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	30
2 君津市農業協同組合	J A きみつ介護センター訪問介護事業所	千葉県君津市宮下2-24-27	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	34
3 有限会社なのはなメイト	なのはなメイト君津	千葉県君津市中野五丁目11番1号	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	38
4 有限会社ケーネット	訪問介護事業所ケーネット	千葉県君津市西坂4-1-19 昭栄ビル107号	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	43
5 株式会社オールプロジェクト	つばさデイサービスセンター君津	千葉県君津市人見3-6-19	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	47
6 有限会社 五輪	ひかりデイサービスセンター	千葉県君津市台1-5-1	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	52
7 株式会社ユニテッド・メディア カル	デイサービス羽々(ばたばた)	千葉県君津市中島644-1	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	57
8 社会福祉法人さつき会	つつじ苑デイサービスセンター	千葉県富津市上飯野1426番3	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	62
9 社会福祉法人さつき会	つつじ苑ヘルパーズステーション	千葉県富津市上飯野1426番3	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	67
10 有限会社ぶ・えもん	ケア・サービスひまわり	千葉県富津市八幡163	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	71
11 有限会社ぶ・えもん	介護の家ひまわり	千葉県富津市八幡164番地3	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	75
12 合資会社もてぎ	デイサービスセンター岬	千葉県富津市大堀2140	通所型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	80
13 株式会社海風	訪問介護事業所海風	千葉県富津市千種新田761-35	訪問型サービス	令和6年3月31日	令和6年4月1日～令和12年3月31日	85

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

基本情報

事業所名称：訪問介護事業所 朝陽

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	週40時間労働制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	51 人
4 事業所の営業日：	月～日曜日
5 事業所のサービス提供時間：	24時間

人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	確保されている	○
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	615 時間	
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間	
管理者	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） （①介護福祉士または実務者研修研修修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう）	満たしている	○
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※（利用者数/40）以上となっているか）	確保されている	○
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	○
施設・設備	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	備えている	○
	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている	○
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていないにもかかわらず業務に支障がないときは、区画が特定されれば足りるものとする	区分されている	○
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	定められている	○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができている体制は整えられているか	整えられている	○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている	○
	介護保険法第115条の4第5項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）	○

別記

第1号様式（第10条関係）

富津市役所
介護福祉

6.1.11

富介第787号
収受

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6年 1月11日

富津市長

様

名称 有限会社 日の出

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 太田 叶子

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。

事業所所在市町村番号

申 請 者	フリガナ	ユウゲンガイシャ ヒノデ					
	名 称	有限会社 日の出					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 292-0801) 千葉県木更津市請西3-15-5-105 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	0438-42-1728	FAX 番号	0438-42-1729		
	法人の種類別	有限会社		法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ オオタ ヤスコ 氏 名 太田 叶子	生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号) 					
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 292-0807) 千葉県木更津市請西南2-14-2-202 訪問介護事業所 朝陽					
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）		○		2018/4/1	付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）					付表2
		介護予防ケアマネジメント					付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 1 1 0 1 1 0 5		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名		君津市・木更津市・袖ヶ浦市					
医療機関コード等							

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ アサヒ																
	名称	訪問介護事業所 朝陽																
	所在地	(郵便番号 292 - 0807) 千葉県木更津市請西南2-14-2-202																
	連絡先	電話番号	0439-50-1787	FAX 番号	0439-50-1788													
	Email	rondo@festa.ocn.ne.jp																
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)														
	氏 名																	
	生年月日																	
	訪問介護員等との兼務の有無		☒ 有 ☐ 無															
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		名称															
			兼務する職種及び勤務時間等															
①人員に関する事項の確認に必要な事項 <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">従業者の職種・員数</th> <th colspan="2">訪問介護員等</th> </tr> <tr> <th>専 従</th> <th>兼 務</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>常 勤(人)</td> <td>13</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算後の人数(人)</td> <td>17</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					従業者の職種・員数	訪問介護員等		専 従	兼 務	常 勤(人)	13		非常勤(人)	5		常勤換算後の人数(人)	17	
従業者の職種・員数	訪問介護員等																	
	専 従	兼 務																
常 勤(人)	13																	
非常勤(人)	5																	
常勤換算後の人数(人)	17																	
利用者の推定数(人)		50																
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)														
	氏 名																	
	フリガナ		住所	(郵便番号)														
	氏 名																	
	フリガナ		住所	(郵便番号)														
氏 名																		
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第983号

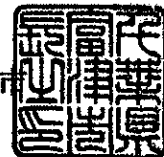
申請者の名称 有限会社 日の出
代表者氏名 代表取締役 太田 叶子

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月11日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月16日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|----------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社 日の出 |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 太田 叶子 |
| 3 | 事業所の名称 | 訪問介護事業所 朝陽 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県木更津市請西南2-14-2-202 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1271101105 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

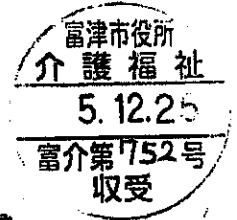
事業所名称：JAきみつ介護センター訪問介護事業所

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	週40時間労働制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	37.5 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	40 人
4 事業所の営業日：	月～金曜日 (12/31～1/3除く)
5 事業所のサービス提供時間：	7：00～21：0（14時間）

人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	6.13時間	○
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	230 時間	
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	37.5 時間	
	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） （①介護福祉士または実務者研修課程修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう）	満たしている	
管理者	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※（利用者数/40）以上となっているか）	確保されている	○
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	○
	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	備えている	○
施設・設備	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている	○
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていなくても業務に支障がないときは、区画が特定されていれば足りるものとする	区分されている	○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	定められている	○
運営	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか	整えられている	○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている	○
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）	○

別記
第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 5年 12月 22日

富津市長 高橋 恭市 様

名称 君津市農業協同組合
申請者
代表者職・氏名 代表理事組合長 江澤 武夫

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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ	キミツシノウギョウキョウドウクミアイ				
	名 称	君津市農業協同組合				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 292-1147) 千葉県 君津市 塚原 185 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-50-8836	FAX 番号	0439-50-8835	
	法人の種別	農業協同組合	法人所轄庁	農林水産省		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表理事組合長	フリガナ エザワ タケオ 氏 名 江澤 武夫	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 299-1117) 千葉県 君津市 宮下 2-24-27				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○		20年4月1日	付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）				付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 0 1 5 6		(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名		君津市・袖ヶ浦市				
医療機関コード等						

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ジェイエイキミツカイゴセンターホウモンカイゴジギョウシヨ		
	名 称	JAきみつ介護センター訪問介護事業所		
	所在地	(郵便番号 299-1117) 千葉県 君津市 宮下2-24-27		
	連絡先	電話番号	0439-50-8836	FAX 番号
	Email	kaigo@smile.ocn.ne.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☐ 有 ☒ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	兼務する職種及び勤務時間等	
⑥人員に関する事業の確保に必要な事項				
従業者の職種・員数		訪問介護員等		
		専 従		兼 務
		常 勤(人)	4	
		非常勤(人)	26	2
		常勤換算後の人数(人)	10.6	
利用者の推定数(人)		40		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第918号

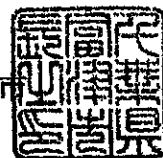
申請者の名称 君津市農業協同組合
代表者氏名 代表理事組合長 江澤 武夫

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和5年12月22日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年1月29日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|---------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 君津市農業協同組合 |
| 2 | 代表者氏名 | 代表理事組合長 江澤 武夫 |
| 3 | 事業所の名称 | JA きみつ介護センター訪問介護事業所 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市宮下 2-24-27 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273000156 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/2

事業所名称：なのはなメイト君津

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態
：40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数
：8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数
：40時間
4. 事業所の事業単位
：1単位
5. 事業所の利用定員
：25人
6. 事業所の営業日
：月曜日～金曜日（国民の祝日及び12/29～1/3を除く）
7. 事業所のサービス提供時間
：7.5時間

	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	確保している
	・通所型サービスの提供日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・①	8時間
人員に関する基準	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.5時間
	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者は、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員及び介護職員】	
	看護職員（看護師又は准看護師）が必要数確保されているか（①もしくは②に適用しているか）	②に適用している
	・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1人以上確保されるため必要と認められる数・・・①	
	・病院、診療所、訪問看護ステーションなどの連携により、看護職員が指定第1号通所事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて綿密かつ適切な連携を図っている。・・・②	
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか）1以上	確保している
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・①	28時間
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.5
	機能訓練指導員を1人以上確保している	確保している
	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	従事している
	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	常勤の職員である

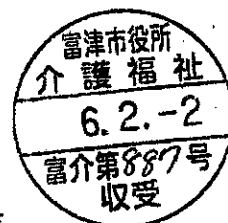
指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報			
管理者	常勤の管理者を配置しているか		配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である		
施設・設備	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか		有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか		整備している ○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか		有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×25＝75㎡）		99.46㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか		配慮している ○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか		供されるものである ○
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておくなければならない事項は定められているか）		妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか		整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか		行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか		整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか		努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか		講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか		妥当である ○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（誓約書） ○

別記

第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6年 1月 29日

富津市長

様

名 称

有限会社なのはなメイト

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 箱田 純子

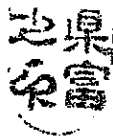
介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号		29-1-1-1								
申 請 者	フリガナ	ユウゲンガイシャナノハナメイト										
	名 称	有限会社なのはなメイト										
	主たる事務所の所在地	(郵便番号299-1151) 千葉県 君津市										
		(ビルの名称等) 中野5-11-1										
	連絡先	電話番号	0439-55-7161	FAX 番号	0439-55-7366							
	法人の種別	有限会社		法人所轄庁								
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ ハコダ ジュンコ 氏 名 箱田 純子	生年月日							
代表者の住所	(郵便番号) []											
	[]											
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号299-1151) 千葉県 君津市										
		中野5-11-1										
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式					
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）					付表1					
		通所型サービス（予防通所介護相当）		○		H30.4.1	付表2					
介護予防ケアマネジメント					付表3							
介護保険事業所番号		1	2	7	3	0	0	0	3	1	3	(既に指定を受けている場合)
指定を受けている他市町村名		君津市										
医療機関コード等												

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ナノハナメイト キミツ			
	名称	なのはなメイト 君津			
	所在地	(郵便番号 299-1151) 千葉県君津市中野5-11-1			
	連絡先	電話番号	0439-55-7161	FAX番号	0439-55-7366
		Email	nano.k.7087@gmail.com		
管理者	フリガナ			(郵便番号)	
	氏名		住所		
	生年月日				
	当該通所介護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
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			
	兼務する職種 及び勤務時間等				
◎人員に関する事項の記載に必要な事項					
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
常勤(人)				1	
非常勤(人)		3	1	6	1
◎設備に関する事項の記載に必要な事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積		129.46㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① 8:30 ~ 16:00 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	25人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第1121号

申請者名称 有限会社なのはなメイト

代表者氏名 代表取締役 箱田 純子

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月29日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月25日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社なのはなメイト |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 箱田 純子 |
| 3 | 事業所の名称 | なのはなメイト君津 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市中野五丁目11番1号 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273000313 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：訪問介護事業所 ケーネット

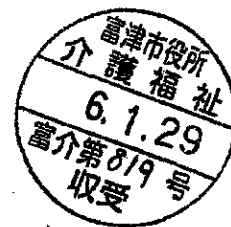
基本情報

1事業所の常勤職員の勤務形態：	週40時間労働制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40時間
2事業所の事業単位：	1単位
3事業所の平均利用者数：	46人
4事業所の営業日：	月～日曜日 (12/29～1/3除く)
5事業所のサービス提供時間：	10時間

人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	確保されている	○
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	260時間	
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40時間	
	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） ①介護福祉士または実務者研修課程修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう）	満たしている	
管理者	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※（利用者数/40）以上となっているか）	確保されている	○
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	○
	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	—	○
	事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	備えている	○
施設・設備	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている	○
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていないにもかかわらず業務に支障がないとぎは、区画が特定されれば足りるものとする	区分されている	○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	定められている	○
運営	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができている体制は整えられているか	整えられている	○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている	○
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）	○

別記

第1号様式(第10条関係)



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定(更新)申請書

令和 6 年 1 月 26 日

富津市長

様

名 称 有限会社 ケーネット

申請者

代表者職・氏名 取締役 川原 眞利子

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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ	コゲンカイシ ケーネット				
	名 称	有限会社 ケーネット				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299 - 1145) 千葉県 君津市 西坂田 3-3-20 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-52-6458	FAX 番号	0439-52-3500	
	法人の種別	有限会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	取締役	フリガナ カハラ マリコ 氏 名 川原 眞利子	生年月日 [REDACTED]	
指定を受けようとする事業所の種類	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
	事業所等の所在地	(郵便番号 299 - 1145) 千葉県 君津市 西坂田 4-1-19 昭栄ビル 107 号				
第1号事業	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	訪問型サービス(予防訪問介護相当)		○	令和 6 年 4 月 1 日	平成 30 年 4 月 1 日	付表 1
	通所型サービス(予防通所介護相当)					付表 2
	介護予防ケアマネジメント					付表 3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 0 4 7 9		(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名		木更津市、君津市				
医療機関コード等						

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴソキョウシヨ ケーネット		
	名 称	訪問介護事業所 ケーネット		
	所在地	(郵便番号 299 - 1145) 千葉県 君津市 西坂田4-1-19 昭栄ビル107号		
	連絡先	電話番号	0439-52-6459	FAX 番号
	Email	renraku@apost.plala.or.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☒ 有 ☐ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	訪問介護事業所 ケーネット	
		兼務する職種及び勤務時間等	サービス提供責任者 8:00-18:00	
○人員に関する記載事項				
従業者の職種・員数		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)			3	
非常勤(人)		0.4	3.9	
常勤換算後の人数(人)		7.3		
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第1056号

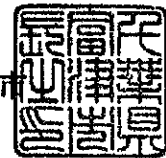
申請者の名称 有限会社ケーネット
代表者氏名 取締役 川原 眞利子

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月29日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月5日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|--------------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社ケーネット |
| 2 | 代表者氏名 | 取締役 川原 眞利子 |
| 3 | 事業所の名称 | 訪問介護事業所ケーネット |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市西坂田4-1-19 昭栄ビル107号 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273000479 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

事業所名称：つばさデイサービスセンター君津

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態
：40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数
：8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数
：40時間
4. 事業所の事業単位
：1単位
5. 事業所の利用定員
：28人
6. 事業所の営業日
：月曜日～土曜日（12/30～1/3を除く）
7. 事業所のサービス提供時間
：7.5時間

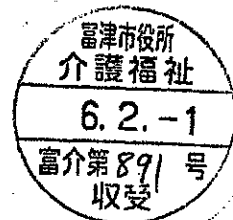
人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	確保している
	・通所型サービスの提供日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・① ・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.5時間
人員に関する基準	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士
	【利用定員が10人を超える場合の常勤職員が1名以上】 看護職員（看護師又は准看護師）が1名以上確保されているか（※1以上確保されているか） ・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1名以上確保されているため必要と認められるが、 ・病棟、診療所、訪問看護ステーションなどの事業により、看護職員が指定第1号通所事業の営業日に利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を請け負っている場合がある。	2名確保している
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか） 1以上	確保している
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・①	39時間
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.5
人員に関する基準	機能訓練指導員を1以上確保している	確保している
	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	従事している
	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	常勤の職員である

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報		
管理者	常勤の管理者を配置しているか	配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	
施設・設備	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか	有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか	整備している ○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか	有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×28＝84㎡）	86.94㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏れないよう配慮されているか	配慮している ○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか	供されるものである ○
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか	整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか	行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか	努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか	講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか	妥当である ○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか	該当しない（誓約書） ○

別記
第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和6年2月/日

富津市長

様

名称 株式会社オールプロジェクト

申請者

代表者職・氏名 津金澤 寛

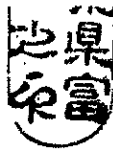
介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ	カミキザワ オールプロジェクト				
	名称	株式会社オールプロジェクト				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299 - 1147) 千葉県 君津市 人見 914-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-57-6665	FAX 番号 0439-57-6266		
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ ツガネザワ ヒロシ 氏 名 津金澤 寛 生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号) [Redacted]				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 299 - 1147) 千葉県 君津市 人見 3-6-19				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）				付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）	○		30年4月1日	付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 0 5 9 4 (既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名		君津市・木更津市				
医療機関コード等						

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ツバサデイサービスセンターキミツ			
	名 称	つばさデイサービスセンター君津			
	所在地	(郵便番号 299 - 1147) 千葉県 君津市 人見3-8-19			
	連絡先	電話番号	0439-57-6865	FAX番号	0439-57-6268
管理者		Email			
	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏 名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護職
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			
		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		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常 勤(人)		2		6	1
非常勤(人)			2	2	
○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		㎡			
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① 09:30 ~ 17:00 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	28人(単位ごとの定員① 人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第1099号

申請者名称 株式会社オールプロジェクト

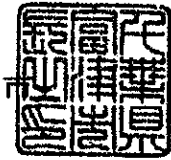
代表者氏名 代表取締役 津金澤 寛

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年2月1日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月12日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|-----------------|
| 1 | 申請者の名称 | 株式会社オールプロジェクト |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 津金澤 寛 |
| 3 | 事業所の名称 | つばさデイサービスセンター君津 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市人見3-6-19 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273000594 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表 1/2
事業所名称：ひかりデイサービスセンター（総合事業 通所型サービス）

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態 : 40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数 : 8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数 : 40時間
4. 事業所の事業単位 : 1単位
5. 事業所の利用定員 : 30人
6. 事業所の営業日 : 月～土
7. 事業所のサービス提供時間 : 7.5時間

人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	確保している	
	・通所型サービスの提供ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・①	7.5時間	○
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.5時間	
	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士） ※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士	○
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員及び介護職員】		
	看護職員（看護師又は准看護師）が必要数確保されているか（①もしくは②に適用しているか）	②に適用している	○
	・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1人以上確保されるため必要と認められる数・・・①		
	・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定第1号通所事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて綿密かつ適切な連携を図っている。・・・②		
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか） 1以上	確保している	
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・①	46.5時間	○
機能訓練指導員を1人以上確保している			
・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②			7.5
単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか			確保している
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか			従事している
			常勤の職員である

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報			
管理者	常勤の管理者を配置しているか		配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である		
施設・設備	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか		有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか		整備している ○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか		有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×15＝45㎡）		141.29㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか		配慮している ○
運営	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか		供されるものである ○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）		妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか		整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか		行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか		整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか		努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか		講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか		妥当である ○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（誓約書） ○

別記

第1号様式 (第10条関係)



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定 (更新) 申請書

令和 6 年 1 月 18 日

富津市長 高橋 恭市 様

名称 有限会社 五輪
申請者 代表者職・氏名 代表取締役 岡崎高之

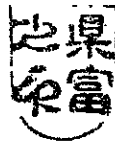
介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号			
申請者	フリガナ	ユウゲンガイシャ ゴリン			
	名称	有限会社 五輪			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299 - 1153) 千葉県 君津市 台1-5-1 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号	0439-54-4126	FAX 番号 0439-54-4127	
	法人の種別	有限会社	法人所轄庁	千葉県	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ オカザキ タカユキ 氏 名 岡崎 高之 生年月日	
	代表者の住所	(郵便番号) [Redacted]			
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 299 - 1153) 千葉県 君津市 台1-5-1			
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	
	第1号事業	訪問型サービス (予防訪問介護相当)			既に指定を受けている事業の指定年月日
		通所型サービス (予防通所介護相当)	○		R 6 年 3 月 31 日
		介護予防ケアマネジメント			
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 1 2 1 2 (既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名		君津市、木更津市			
医療機関コード等					

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ヒカリデイサービスセンター																		
	名 称	ひかりデイサービスセンター																		
	所在地	(郵便番号 299 - 1153) 千葉県 君津市 台1-5-1																		
	連絡先	電話番号	0439-54-4126	FAX番号	0439-54-4127															
		Email																		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)															
	氏 名																			
	生年月日																			
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)																			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称																		
	兼務する職種 及び勤務時間等																			
<table border="1"> <tr> <th>従業者の職種・員数</th> <th>生活相談員</th> <th>看護職員</th> <th>介護職員</th> <th>機能訓練指導員</th> </tr> <tr> <td>常 勤(人)</td> <td>2</td> <td></td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤(人)</td> <td></td> <td>1</td> <td>10</td> <td></td> </tr> </table>						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	常 勤(人)	2		5		非常勤(人)		1	10	
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																
常 勤(人)	2		5																	
非常勤(人)		1	10																	
食堂及び機能訓練室の合計面積		97.04 m ²																		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① 9:00 ~ 16:00 ② : ~ : ③ : ~ :)																			
利用定員	30人(単位ごとの定員① 30人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第998号

申請者名称 有限会社 五輪

代表者氏名 代表取締役 岡崎 高之

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月18日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月20日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|---------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社 五輪 |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 岡崎 高之 |
| 3 | 事業所の名称 | ひかりデイサービスセンター |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市台 1-5-1 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273001212 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態 : 40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数 : 8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数 : 40時間
4. 事業所の事業単位 : 1単位
5. 事業所の利用定員 : 12人
6. 事業所の営業日 : 月～金（12/31～1/3 8/13～8/15を除く）
7. 事業所のサービス提供時間 : 7.25時間

人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	確保している
	・通所型サービスの提供日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・① ・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.25時間
人員に関する基準	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう	社会福祉主事任用資格
	【利用定員が10人を超える場合の言語聴覚士の配置】 看護職員（看護師又は准看護師）が必ず数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか） ・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1以上確保されているため、数と数計される。① ・病棟、診療所、訪問看護ステーションなどの事業所以外の看護職員が指定第1号通所事業所の言語聴覚士として利用者の健康状態の確認を行い、長時間帯を担う場合は、数と数計される。②	確保している
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1以上となっているか）以上となっているか）	確保している
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・① ・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	12時間
	機能訓練指導員を1以上確保している	7.25時間
人員に関する基準	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	確保している
	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	従事している
		常勤の職員である

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報		
管理者	常勤の管理者を配置しているか	配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	
	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか	有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか	整備している ○
施設・設備	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか	有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×12＝36㎡）	38.01㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか	配慮している ○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか	供されるものである ○
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか	整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか	行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか	努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか	講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか	妥当である ○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか	該当しない（誓約書） ○

別記

第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6年 1月 23日

富津市長

様

名 称 株式会社ユニテッド・メディカル
デイサービス羽々

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 羽山 純一



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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ	カブシキガイシャユニテッド・メディカル デイサービスバタバタ (バタバタ)				
	名 称	株式会社ユニテッド・メディカル デイサービス羽々 (ばたばた)				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号299-1106) 千葉県君津市中島644-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-29-6732	FAX 番号	0439-29-6733	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナハヤマ ジュンイチ 氏 名 羽山 純一	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号299-1106) 千葉県君津市中島644-1				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス (予防訪問介護相当)				付表1
		通所型サービス (予防通所介護相当)	○		平成26年 4月1日	付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 0 0 1 2 5 3 (既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名		君津市				
医療機関コード等						

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	カブシキガイムユニテッド・メディカル デイサービスパタパタ(パタパタ)			
	名称	株式会社ユニテッド・メディカル デイサービス羽々(ぱたぱた)			
	所在地	(郵便番号 299-1106) 千葉県君津市中島644-1			
	連絡先	電話番号	0439-29-6732	FAX番号	0439-29-6733
		Email	qqmz9tt9k@honey.ocn.ne.jp		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号)
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				介護員
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			
		兼務する職種 及び勤務時間等			
③ 従業者の職種・員数					
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
常勤(人)		A1	B1	A2、B2	
非常勤(人)				C1	
④ 施設に関する事項					
食堂及び機能訓練室の合計面積			62.816㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(①8:45 ~ 16:00)				
利用定員	12人(単位ごとの定員① 12人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合のみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第982号

申請者名称 株式会社ユナイテッド・メディカル
代表者氏名 代表取締役 羽山 純一

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月23日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月16日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 株式会社ユナイテッド・メディカル |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 羽山 純一 |
| 3 | 事業所の名称 | デイサービス羽々（ばたばた） |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県君津市中島 644-1 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273001253 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表 1/2
事業所名称：つつじ苑デイサービスセンター

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態
：40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数
：8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数
：40時間
4. 事業所の事業単位
：1単位
5. 事業所の利用定員
：60人
6. 事業所の営業日
：日曜日～土曜日（12/31～1/3を除く）
7. 事業所のサービス提供時間
：6.5時間

人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか（①/②）（※1以上となっているか）	確保している	○
	・通所型サービスの提供日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・①	8時間	
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	6.5時間	
	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士	
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員及び介護職員】		
	看護職員（看護師又は准看護師）が必要数確保されているか（①もしくは②に適用しているか）	①に適用している	
	・専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1人以上確保されるため必要と認められる数・・・①		
	・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定第1号通所事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて綿密かつ適切な連携を図っている。・・・②		
	介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか）1以上	確保している	
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・①	71.5時間	
	・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	6.5	○
	機能訓練指導員を1人以上確保している	確保している	
	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	従事している	
	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	常勤の職員である	

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報			
管理者	常勤の管理者を配置しているか		配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である		
施設・設備	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか		有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか		整備している ○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか		有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3m×60＝180㎡）		242.3㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか		配慮している ○
運営	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか		供されるものである ○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておくなければならない事項は定められているか）		妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか		整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか		行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか		整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか		努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか		講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか		妥当である ○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（誓約書） ○

別記

第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6 年 2 月 1 日

富津市長

様

名 称 千葉県袖ヶ浦市神納字寒沢 4181 番 20
申請者 社会福祉法人さつき会
代表者職・氏名 理事長 矢田 高裕

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。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ 名 称	シャカイフクシホウジンサツキカイ ツツジエンデイサービスセンター 社会福祉法人さつき会 つつじ苑デイサービスセンター				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299-0257) 千葉県袖ヶ浦市神納字寒沢 4181 番 20 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0438-62-6151	FAX 番号 0438-62-6153		
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	千葉県		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ ヤダ タカヒロ 氏 名 矢田 高裕 生年月日 [REDACTED]		
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
	指定を受けようとする事業所の種類	(郵便番号 293-0005) 千葉県富津市上飯野 1426 番 3				
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の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）				付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）	○		平成30年4月1日	付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 0 6 3 (既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名		君津市				
医療機関コード等						

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ツツジエンデイサービスセンター			
	名称	つつじ苑デイサービスセンター			
	所在地	(郵便番号 293-0005) 千葉県富津市上飯野1426番3			
	連絡先	電話番号	0439-87-6101	FAX番号	0439-87-7091
		Email	tshujien@crocus.ocn.ne.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	名称	特別養護老人ホームつつじ苑・ユニット型特別養護老人ホームつつじ苑 つつじ苑短期入所生活介護事業所・つつじ苑ヘルパーステーション		
	兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8時30分から17時30分(週5日勤務)			
○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
常勤(人)		2	1	14	2
非常勤(人)		0	2	2	0
○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			242.30㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① 9:30 ~ 16:00 ~ : ② : ~ : ③ : ~ :				
利用定員	60 人(単位ごとの定員① 60人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第1018号

申請者名称 社会福祉法人さつき会

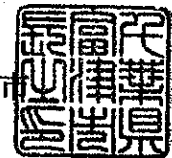
代表者氏名 理事長 矢田 高裕

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年2月1日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月22日

富津市長 高 橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|--------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 社会福祉法人さつき会 |
| 2 | 代表者氏名 | 理事長 矢田 高裕 |
| 3 | 事業所の名称 | つつじ苑デイサービスセンター |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市上飯野 1426 番 3 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100063 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：つつじ苑ヘルパーステーション

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	週40時間労働制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	24 人
4 事業所の営業日：	日曜日～土曜日 (12/31～1/3を除く)
5 事業所のサービス提供時間：	14時間

人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	確保されている (常勤2名+非常勤3名の 常勤換算0.5)
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	93 時間
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間
管理者	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） （①介護福祉士または実務者研修研修修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう）	満たしている
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている
	常勤の管理者を配置しているか	配置している
施設・設備	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である 事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	—
	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	備えている
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていないくても業務に支障がないときは、区画が特定されれば足りるものとする	確保されている 区分されている
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	定められている
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができている体制は整えられているか	整えられている
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）

別記

第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和6年2月1日

富津市長

様

名称 千葉県袖ヶ浦市神納字寒沢 4181 番 20
申請者 社会福祉法人さつき会
代表者職・氏名 理事長 矢田 高裕

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。

		事業所所在市町村番号					
申請者	フリガナ 名称	シャカイフクシホウジンサツキカイ ツツジエンヘルパーステーション 社会福祉法人さつき会 つつじ苑ヘルパーステーション					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 299-0257) 千葉県袖ヶ浦市神納字寒沢 4181 番 20 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	0438-62-6151	FAX 番号	0438-62-6153		
	法人の種別	社会福祉法人	法人所轄庁	千葉県			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ ヤダ タカヒロ 氏 名 矢田 高裕	生年月日 [REDACTED]		
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]					
	事業所等の所在地	(郵便番号 293-0005) 千葉県富津市上飯野 1426 番 3					
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の種類			実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）		○		平成30年4月1日	付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）					付表2
		介護予防ケアマネジメント					付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 2 5 3 (既に指定を受けている場合)					
指定を受けている他市町村名		君津市					
医療機関コード等		[REDACTED]					

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ツツジエンヘルパーステーション		
	名 称	つつじ苑ヘルパーステーション		
	所在地	(郵便番号 293-0005) 千葉県富津市上飯野1426番3		
	連絡先	電話番号 0439-80-3755	FAX 番号	0439-87-6155
	Email	tutujien@crocus.ocn.ne.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☐ 有 ☒ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	特別養護老人ホームつつじ苑・ユニット型特別養護老人ホームつつじ苑 つつじ苑短期入所生活介護事業所・つつじ苑デイサービスセンター	
		兼務する職種及び勤務時間等	管理者 8時30分から17時30分(週5日勤務)	
○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		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)		2	2	
非常勤(人)		0	1	
常勤換算後の人数(人)		2.5		
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第1097号

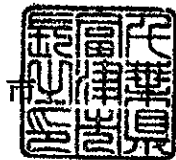
申請者の名称 社会福祉法人さつき会
代表者氏名 理事長 矢田 高裕

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年2月1日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月12日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|-----------------|
| 1 | 申請者の名称 | 社会福祉法人さつき会 |
| 2 | 代表者氏名 | 理事長 矢田 高裕 |
| 3 | 事業所の名称 | つつじ苑ヘルパーステーション |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市上飯野1426番3 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100253 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：ケア・サービスひまわり

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	変形労働時間制
・ 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・ 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	71 人
4 事業所の営業日：	日曜日～土曜日 12/30～1/3除く
5 事業所のサービス提供時間：	24時間

人 員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	確保されている	○
	・ 訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	168.5 時間	
	・ 事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間	
	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） ①介護福祉士または実務者研修研修修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう	満たしている	
管 理 者	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている	○
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	
	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	当該事業所の訪問介護職員と兼務	
	事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	備えている	
施 設 ・ 設 備	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている	○
	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていなくても業務に支障がないときは、区画が特定されれば足りるものとする	区分されている	
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）	定められている	
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができている体制は整えられているか	整えられている	
運 営	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている	○
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）	

別記
第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6 年 2 月 1 日

富津市長

様

名称 有限会社ぶ・えもん

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 小幡 伸吾



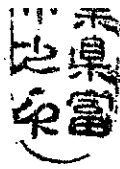
介護保険法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所所在市町村番号				
申請者	フリガナ	ユウゲンカイシャブ・エモン				
	名称	有限会社ぶ・えもん				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 293-0003) 千葉県 富津市 本郷 119-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-66-1165	FAX 番号	0439-66-1168	
	法人の種別	有限会社	法人所轄庁			
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ オバタ シンゴ 氏 名 小幡 伸吾	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 293-0056) 千葉県 富津市 八幡 163				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○		平成 30 年 4 月 1 日	付表 1
		通所型サービス（予防通所介護相当）	○		平成 30 年 4 月 1 日	付表 2
		介護予防ケアマネジメント				付表 3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 3 4 5	(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名		東久留米市				
医療機関コード等						

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ケア・サービスひまわり		
	名 称	ケア・サービスひまわり		
	所在地	(郵便番号 293 -0056) 千葉県 富津 市 八幡163		
	連絡先	電話番号	0439-661165	FAX 番号
	Email	buemon.ia7.itkeeper.ne.jp		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☒ 有 ☐ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	シルバービラージュ新舞子	
		兼務する職種及び勤務時間等	有料老人ホーム 生活相談員 随時	
	○人員に関する事業の確認に必要な事項			
従業者の職種・員数		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)	3	14		
非常勤(人)	5	5		
常勤換算後の人数(人)	6.9			
利用者の推定数(人)				
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号)
	氏 名			
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第1057号

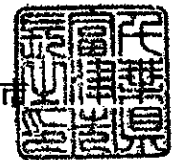
申請者の名称 有限会社ぶ・えもん
代表者氏名 代表取締役 小幡 伸吾

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年2月1日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月5日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|--------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社ぶ・えもん |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 小幡 伸吾 |
| 3 | 事業所の名称 | ケア・サービスひまわり |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市八幡 163 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100345 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/2

事業所名称：介護の家ひまわり

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態
：変形労働時間制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数
：8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数
：40時間
4. 事業所の事業単位
：1単位
5. 事業所の利用定員
：45人
6. 事業所の営業日
：月曜日～土曜日（12/30～1/3を除く）
7. 事業所のサービス提供時間
：7.25時間

人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか（ ①/② ）（※1以上となっているか）	確保している
	・ 通所型サービスの提供日ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・①	8時間
	・ 当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.25時間
	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか（社会福祉法第19条第1項各号（もしくはこれに準ずる者※））（厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士）※千葉県においてこれに準ずる者は、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員（介護職員）】 看護職員（看護師又は准看護師）の必要数確保されているか（①もしくは②は適用しているか） ・ 専ら当該通所型サービスの提供に当たる看護職員が1人以上確保されているため、要と認められる。① ・ 病院、診療所、訪問看護センター等の事業所も、看護職員が指定通所型事業所の営業日に利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を担っている。②	①は適用している
	介護職員が必要数確保されているか（ ①/② ）（※（1+（利用者の数-15）/5）以上となっているか） 1以上	確保している
	・ 通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・①	50.8時間
	・ 当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	7.25
	機能訓練指導員を1以上確保している	確保している
	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	従事している
生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	常勤の職員である	

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報		
管理者	常勤の管理者を配置しているか	配置している ○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	
施設・設備	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか	有している ○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか	整備している ○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか	有している ○
	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×45＝135㎡）	226.116㎡ ○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか	配慮している ○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか	供されるものである ○
運営	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておくなければならない事項は定められているか）	妥当である ○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができるとしているか	整えられている ○
	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか	行っている ○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている ○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか	努めている ○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか	講じている ○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか	妥当である ○
介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（誓約書） ○

別記
第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6 年 2 月 1 日

富津市長

様

名 称 有限会社ぶ・えもん

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 小幡 伸吾



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。

		事業所所在市町村番号					
申 請 者	フリガナ	ユウゲンカイシャブ・エモン					
	名 称	有限会社ぶ・えもん					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 293-0003) 千葉県 富津市 本郷119-1 (ビルの名称等)					
	連絡先	電話番号	0439-66-1165	FAX 番号	0439-66-1168		
	法人の種別	有限会社	法人所轄庁				
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ オバタ シンゴ 氏 名 小幡 伸吾	生年月日 [REDACTED]		
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]					
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 293- 0056) 千葉県 富津市 八幡164番地-3					
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○		平成30年4月1日	付表1	
		通所型サービス（予防通所介護相当）	○		平成30年4月1日	付表2	
		介護予防ケアマネジメント				付表3	
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 4 6 9		(既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	カイゴノイエヒマワリ			
	名 称	介護の家ひまわり			
	所在地	(郵便番号 293 - 0056) 千葉県 富津市 八幡164番地3			
	連絡先	電話番号	0439-66-1165	FAX番号	0439-66-1168
	Email	buemon@ia7.itkeeper.ne.jp			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏 名				
	生年月日				
	当該通所介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称	事務長	総合事務全般	
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		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常 勤(人)		2		5	1
非常勤(人)		1	2	6	2
○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			226.116㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① 9:30~16:45 ② : ~ : ③ : ~ :)				
利用定員	人(単位ごとの定員① 45人 ② 人 ③ 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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第1096号

申請者名称 有限会社ぶ・えもん

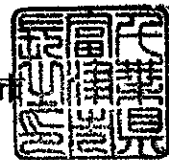
代表者氏名 代表取締役 小幡 伸吾

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年2月1日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年3月12日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|-------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 有限会社ぶ・えもん |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 小幡 伸吾 |
| 3 | 事業所の名称 | 介護の家ひまわり |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市八幡 164 番地 3 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100469 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表 1/2

事業所名称：ディサービスセンター岬

基本情報

1. 事業所の常勤職員の勤務形態 : 40時間労働制
2. 事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数 : 8時間
3. 事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数 : 40時間
4. 事業所の事業単位 : 1単位
5. 事業所の利用定員 : 19人
6. 事業所の営業日 : 月曜日～土曜日 (8/13～8/14及び12/29～1/5を除く)
7. 事業所のサービス提供時間 : 7.25時間

人員に関する基準	生活相談員が必要数確保されているか (①/②) (※1以上となっているか)	確保している
	・通所型サービスの提供ごとに、当該サービスを提供している時間帯に生活相談員が勤務している時間数の合計数・・・① ・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	15時間
人員に関する基準	生活相談員は、その資格要件を満たす者であるか (社会福祉法第19条第1項各号 (もしくはこれに準ずる者※)) (厚生労働大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を修了した者、三科目主事、社会福祉士、精神保健福祉士) ※千葉県においてこれに準ずる者とは、介護支援専門員、介護福祉士をいう	介護福祉士
	【利用定員が10人を超える場合の看護職員及び介護職員】	
	看護職員 (看護師又は准看護師) が必要数確保されているか (①もしくは②に適用しているか)	①に適用している
	・専ら当該通所型サービスの提供に当たたる看護職員が1以上確保されるため必要と認められる数・・・① ・病院、診療所、訪問看護ステーションとの連携により、看護職員が指定第1号通所事業所の営業日ごとに利用者の健康状態の確認を行い、提供時間帯を通じて綿密かつ適切な連携を図っている。・・・②	
	介護職員が必要数確保されているか (①/②) (※ (1 + (利用者の数 - 15) / 5)) 以上となっているか)	確保している
	・通所型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の合計数・・・① ・当該通所型サービスを提供している時間帯の時間数・・・②	16時間
	機能訓練指導員を1以上確保している	7.25
	単位ごとに、介護職員を常時1人以上当該通所介護に従事させているか	確保している
	生活相談員又は介護職員のうち1人以上は、常勤の職員であるか	従事している
		常勤の職員である

指定通所型サービスの人員等に関する基準チェック表

2/2

基本情報				
管理者	常勤の管理者を配置しているか		配置している	○
	※管理上支障がない場合は、事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である			
	事業所は、食堂、機能訓練室、静養室、相談室及び事務室を有しているか		有している	○
	消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を整備しているか		整備している	○
	食堂及び機能訓練室は、それぞれ必要な広さを有しているか		有している	○
施設・設備	・食堂及び機能訓練室の面積の合計は、3平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上であるか（3㎡×19＝57㎡）		57.24㎡	○
	相談室は、遮へい物の設置等により相談の内容が漏えいしないよう配慮されているか		配慮している	○
	設備は、専ら当該通所型サービスの事業の用に供されるものであるか		供されるものである	○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかなければならない事項は定められているか）		妥当である	○
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができる体制は整えられているか		整えられている	○
運営	非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業者へ周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行っているか		行っている	○
	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか		整えられている	○
	利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、必要な措置を講じているか		努めている	○
	当該指定第1号通所事業所において、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう努めているか		講じている	○
	食事の提供がある場合、食費は妥当なものか		妥当である	○
	介護保険法第115条の45の5第2項各号の規定に該当しないか		該当しない（誓約書）	○

別記
第1号様式(第10条関係)

富津市役所
介護福祉

6.1.31

富介第872号
収受

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定(更新)申請書

令和 6年 1月 31日

富津市長

様

名称 合資会社 もてぎ

申請者

代表者職・氏名 代表社員 茂木 聖信

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。

		事業所所在市町村番号				
申 請 者	フリガナ	ゴウシガイシャ モテギ				
	名 称	合資会社 もてぎ				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 293-0002) 千葉県 富津市 二間塚 259-1 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	0439-87-5679	FAX 番号 0439-87-5679		
	法人の種別	合資会社	法人所轄庁	木更津税務署		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表社員	フリガナ 茂木 聖信 氏 名 茂木 聖信 生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号) 千葉県 富津市 大堀 2140				
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 293-0001) 千葉県 富津市 大堀 2140				
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	様式
	第1号事業	訪問型サービス(予防訪問介護相当)				付表1
		通所型サービス(予防通所介護相当)	○		平成24年4月1日	付表2
		介護予防ケアマネジメント				付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 5 7 6		(既に指定を受けている場合)		
指定を受けている他市町村名		君津市、木更津市				
医療機関コード等						

付表2 第1号通所事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	デイサービスセンター ミサキ			
	名 称	デイサービスセンター 岬			
	所在地	(郵便番号 293-0001) 千葉県 富津市 大堀 2140			
	連絡先	電話番号	0439-87-8850	FAX番号	0439-87-8850
管理者		Email			
	フリガナ		住所	(郵便番号)	
	氏 名				
	生年月日				
	当該通所介護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
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	名称			
		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		生活相談員	看護職員	介護職員	機能訓練指導員
常 勤(人)		2		2	
非常勤(人)			3	3	1
○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			57.24㎡		
営業時間	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) ① 9:15～16:30 ② : ~ : ③ : ~ :				
利用定員	19人(単位ごとの定員① 19人 ② 人 ③ 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、追加欄を設けて記載するか又は別紙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。
 3 機能訓練指導員については、生活相談員又は看護職員若しくは介護職員と兼務しない場合にのみ記載してください。



第2号様式（第10条関係）

富津市指令第1019号

申請者名称 合資会社もてぎ

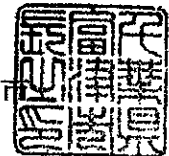
代表者氏名 代表社員 茂木 聖信

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月31日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月22日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|---------------|
| 1 | 申請者の名称 | 合資会社もてぎ |
| 2 | 代表者氏名 | 代表社員 茂木 聖信 |
| 3 | 事業所の名称 | デイサービスセンター岬 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市大堀 2140 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100576 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 通所型サービス |

指定訪問型サービスの人員等に関する基準チェック表

1/1

事業所名称：訪問介護事業所海風

基本情報

1 事業所の常勤職員の勤務形態：	週40時間労働制
・事業所の常勤職員の1日当たりの勤務時間数：	8 時間
・事業所の常勤職員の1週間当たりの勤務時間数：	40 時間
2 事業所の事業単位：	1 単位
3 事業所の平均利用者数：	7 人
4 事業所の営業日：	日曜日～土曜日
5 事業所のサービス提供時間：	13時間

人員	資格要件を持つ介護職員が必要数確保されているか（①/②）（※2.5以上となっているか） （介護福祉士、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ヘルパー1級、実務者研修修了者、旧ヘルパー2級、介護職員初任者研修課程修了者）	確保されている	○
	・訪問型サービスの単位ごとに、当該サービスを提供している時間帯に介護職員が勤務している時間数の週平均の合計数・・・①	122 時間	
	・事業所の常勤職員の週平均の勤務時間数・・・②	40 時間	
管理者	サービス提供責任者がその資格要件を満たす者であるか（介護福祉士その他厚生労働大臣が定める者） （①介護福祉士または実務者研修研修修了者 ②平成25年4月改正前の介護職員基礎研修修了者または訪問介護員1級過程修了者 をいう）	満たしている	○
	サービス提供責任者が必要数確保されているか（※1以上となっているか）	確保されている	
	常勤の管理者を配置しているか	配置している	
施設・設備	※管理上支障がない場合は、当該事業所または同一敷地内の他の事業所等の職務を兼務可能である	—	○
	事業の運営を行うために必要な広さを有する専用の区画を設けるほか、訪問介護の提供に必要な設備及び備品等を備えているか	備えている	
	※利用申込の受付、相談等に対応するのに適切なスペースが確保されているか	確保されている	
運営	※他の事業に供するものと明確に区分される場合は、他の事業と同一の事務室でも差し支えない。 また、明確に区分がされていなくても業務に支障がないときは、区画が特定されていれば足りるものとする	区分されている	○
	運営規程は妥当なものか（運営規定に定めておかねばならない事項は定められているか）	定められている	
	緊急時等への対応として必要な措置を講ずることができている体制は整えられているか	整えられている	
運営	利用者からの苦情を処理する体制は整えられているか	整えられている	○
	介護保険法第115条の45の5第2項の規定に該当しないか	該当しない（誓約書）	

別記

第1号様式（第10条関係）



介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定（更新）申請書

令和 6 年 1 月 30 日

富津市長

様

名称

株式会社 海風

申請者

代表者職・氏名 代表取締役 猪谷 記代美

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。

		事業所所在市町村番号			
申 請 者	フリガナ	カブシキジャイシャ ウミカゼ			
	名 称	株式会社 海風			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 293 - 0036) 千葉県 富津市 千種新田 761-35 (ビルの名称等)			
	連 絡 先	電話番号	0439-36-1211	FAX 番号 0439-36-1214	
	法人の種別	株式会社	法人所轄庁	千葉県	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役 フリガナ イノタニ キヨミ 氏 名 猪谷 記代美	生年月日 [REDACTED]	
	代表者の住所	(郵便番号 [REDACTED]) [REDACTED]			
指定を受けようとする事業所の種類	事業所等の所在地	(郵便番号 293 - 0036) 千葉県富津市千種新田 761-35			
	同一所在地において行う事業の種類		実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	
	第1号事業	訪問型サービス（予防訪問介護相当）	○	平成30年4月1日	付表1
		通所型サービス（予防通所介護相当）			付表2
		介護予防ケアマネジメント			付表3
介護保険事業所番号		1 2 7 3 1 0 0 7 8 2 (既に指定を受けている場合)			
指定を受けている他市町村名		富津市			
医療機関コード等					

付表 1 第1号訪問事業の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ホウモンカイゴジギョウショ ウミカゼ		
	名 称	訪問介護事業所 海風		
	所在地	(郵便番号 293 - 0036) 千葉県富津市千種新田761-35		
	連絡先	電話番号 0439-65-1211	FAX 番号	0439-65-1214
	Email	umikaze.futtsu@gmail.com		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号) 千葉県
	氏 名			
	生年月日			
	訪問介護員等との兼務の有無		☒ 有 ☐ 無	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	名称	サービス付き高齢者住宅 うみかぜ	
		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		訪問介護員等		
		専 従	兼 務	
常 勤(人)		2	1	
非常勤(人)		6	0	
常勤換算後の人数(人)		4.675		
利用者の推定数(人)		0		
サービス提供責任者	フリガナ		住所	(郵便番号) 千葉県
	氏 名			
	フリガナ		住所	(郵便番号 -)
	氏 名			
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2号様式（第10条関係）

富津市指令第1033号

申請者の名称 株式会社海風

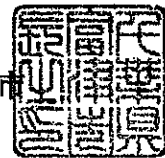
代表者氏名 代表取締役 猪谷 記代美

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定更新通知書

令和6年1月30日付けで指定申請のあった事業所については、下記のとおり指定更新します。

令和6年2月27日

富津市長 高橋 恭



記

- | | | |
|---|-----------|-------------------|
| 1 | 申請者の名称 | 株式会社海風 |
| 2 | 代表者氏名 | 代表取締役 猪谷 記代美 |
| 3 | 事業所の名称 | 訪問介護事業所海風 |
| 4 | 事業所の所在地 | 千葉県富津市千種新田 761-35 |
| 5 | 介護保険事業所番号 | 1273100782 |
| 6 | 指定年月日 | 令和6年4月1日 |
| 7 | サービスの種類 | 訪問型サービス |

