



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

2024年3月 5日

鳩山町長 宛て

名称 ケアプラン・シンフォニー
申請者
代表者の職名・氏名 代表社員・古川美也子

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、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ	ケアプラン・シンフォニー					
	名称	ケアプラン・シンフォニー					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350-0307) 埼玉県 比企郡 鳩山町大字須江902					
	連絡先	電話番号	049(296)1810		FAX 番号	049(296)1810	
		Email					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表社員	フリガナ フルカワ ミヤコ 氏名 古川 美也子		生年月日	昭和47年 5月26日
代表者の住所	(郵便番号 350-0307) 埼玉県 比企郡 鳩山町大字須江902						
指定を受けようとする事業所の種類			居宅介護支援				
当該申請に係る事業の開始の予定年月日			2024年5月1日				
地域包括支援センターの設置年月日 (設置している場合に記入)							

付表 10 指定居宅介護支援事業所の指定に係る記載事項

事業所	フリガナ	ケアプラン・シンフォニー		
	名 称	ケアプラン・シンフォニー		
	所在地	(郵便番号 350 - 0307) 埼玉県比企郡鳩山町大字須江902番地		
	連絡先	電話番号	049(296)1810	FAX 番号 049(296)1810
管理者	フリガナ	フルカワ ミヤコ	住所	(郵便番号 350 - 0307)
	氏 名	古川 美也子		埼玉県比企郡鳩山町大字須江902
	生年月日	1972年5月26日		
	当該居宅介護支援事業所における介護支援専門員との兼務の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		事業所番号
		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)		介護支援専門員		
		専 従	兼 務	
		常 勤(人)	1人	
非常勤(人)				
事業開始時の利用者の推定数		26 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。