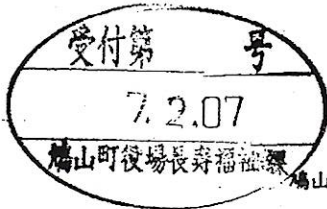


別紙様式第二号 (四)



変更届出書

令和7年 2月 7日

所在地 埼玉県比企郡鳩山町小用5-54

申請者 名称 社会福祉法人 鳩山松寿会

代表者職名・氏名 理事長・溝井八州夫

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号		1193200241
法人番号		7030005011033
指定内容を変更した事業所等		
名称		鳩山松寿園デイサービスセンター
所在地		埼玉県比企郡鳩山町小用554
サービスの種類		地域密着型通所介護
変更年月日		令和7年 4月 1日
変更があった事項 (該当に○)		変更の内容
事業所 (施設) の名称	(変更前)	
事業所 (施設) の所在地	第3条 ①定員 13人 (要支援者・事業対象者含む)	
申請者の名称	第5条 ①営業日 月曜日から土曜日までとし、祝日も営業する。ただし、12月30日から1月3日を除く	
主たる事務所の所在地	第7条 3① 食費 昼食代 480円 おやつ代 100円 夕食代 550円	
法人等の種類		
代表者 (開設者) の氏名、生年月日、住所及び職名		
登記事項証明書・条例等 (当該事業に関するものに限る。)		
事業所 (施設) の建物の構造、専用区画等		
事業所 (施設) の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)	
○ 運営規程	第3条 ①定員 15人 (要支援者・事業対象者含む)	
協力医療機関・協力歯科医療機関	第5条 ①営業日 月曜日から土曜日までとし、祝日も営業する。ただし、12月29日から1月3日を除く	
事業所の種別	第7条 3① 食費 昼食代 580円 おやつ代 120円 夕食代 650円	
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携・支援体制		
本体施設、本体施設との移動経路等		
併設施設の状況等		
連携する訪問看護を行う事業所の名称		
連携する訪問看護を行う事業所の所在地		
介護支援専門員の氏名及びその登録番号		

- 備考 1 「サービスの種類」に該当する付表と必要書類を添付してください。
- 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。
- なお、電子申請届出システムを利用する際は、「サービスの種類」に該当する付表に変更前と変更後の内容を入力、付表以外の添付書類等の変更内容は、「変更の内容」の (変更前) と (変更後) 欄に、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように入力してください。

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2月12日

鳩山町長 殿

所在地 比企郡鳩山町大豆戸127-1

申請者 名称 株式会社 ひかりの里

代表者職名・氏名 代表取締役 成塚 光代

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		1 0 3 0 0 0 1 0 7 0 5 7 5											
申請者	フリガナ	カフシカイシャ ヒカリノリ													
	名称	株式会社 ひかりの里													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350 - 0324) 埼玉県比企郡鳩山町大豆戸127-1													
	連絡先	電話番号	049-299-6022 (内線)						FAX番号	049-299-6022					
		Email	dxift156@ybb.ne.jp												
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役		フリガナ	ナツカ ミヨ				生年月日						
				氏名	成塚 光代					1953年5月20日					
事業所	代表者の住所	(郵便番号 355 - 0322) 埼玉県比企郡小川町東小川3-4-9													
	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 1 7 3 2 0 1 8 0 5								
	指定有効期間満了日	2025年4月30日													
	フリガナ	デイサービス ネムノキ													
	名称	デイサービス ねむの木													
所在地		(郵便番号 350 - 0324) 埼玉県比企郡鳩山町大豆戸127-1													
		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														
主たる事務所の所在地	名称														
		(郵便番号)													
		都 道 市 区 府 県 町 村													
管理者	フリガナ	ナツカ ミヨ				生年月日									
	氏名	成塚 光代													
	住所	(郵便番号)													

- 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。

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

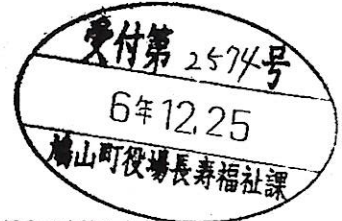
令和6年12月25日

鳩山町長 殿

所在地 埼玉県坂戸市大字善能寺176番地

申請者 名称 株式会社 風翠

代表者職名・氏名 代表取締役 門倉 克稔



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		4 0 3 0 0 0 1 0 7 0 6 3 9											
申請者	フリガナ	カブシキガイシャ カザミドリ													
	名称	株式会社 風翠													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350 - 0256) 埼玉県 都道 坂戸市 善能寺176													
	連絡先	電話番号 049-298-0202 (内線) F A X 番号 049-298-0203 Email http://Kozonidori-care.co.jp													
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	代表取締役	フリガナ カドクラ カツトシ 氏名 門倉 克稔								生年月日	1968年4月4日		
事業所	代表者の住所	(郵便番号 350 - 0256) 埼玉県 都道 坂戸市 大字善能寺176													
	事業等の種類	居宅介護支援		介護保険事業所番号		1 1 7 3 2 0 1 7 7 1									
	指定有効期間満了日	2025年2月28日													
	フリガナ	ケアプランカザミドリ													
	名称	ケアプランかざみどり													
事業所	所在地	(郵便番号 350 - 0256) 埼玉県 都道 比企郡鳩山市 大字大豆戸154-4													
	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														
	フリガナ	ディサービスセンターマメノイエ													
	名称	ディサービスセンター豆の家													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350 - 0256) 埼玉県 都道 比企郡鳩山市 大字大豆戸154-4													
管理者	フリガナ	コイズミ シナ													
	氏名	小泉 しな								生年月日					
	住所	(郵便番号) 埼玉県 都道 市 町 村													

- 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。

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

2025 年 2 月 10 日



鳩山町長 殿

所在地 埼玉県比企郡鳩山町松ヶ丘四丁目1番4号

申請者 名称 鳩山町地域包括支援センター

代表者職名・氏名 鳩山町長 小川知也

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												
申請者	フリガナ	ハトヤママチチイキホウカツシエンセンター												
	名称	鳩山町地域包括支援センター												
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350 - 0313) 埼玉県 都道 比企郡 鳩山 市区 松ヶ丘4丁目1番4号 府 市 村												
	連絡先	電話番号	049-296-1211 (代表、内線)					FAX番号	049-296-2594					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	鳩山町長		フリガナ	オガワ トモヤ		生年月日	1996年4月14日					
事業所	代表者の住所	(郵便番号 350 - 0392) 埼玉県 都道 比企郡 鳩山 市区 大字大豆戸184番地16 府 市 村												
	事業等の種類	介護予防支援事業所				介護保険事業所番号	1103250013							
	指定有効期間満了日	2025年3月31日												
	フリガナ	ハトヤママチチイキホウカツシエンセンター												
	名称	鳩山町地域包括支援センター												
所	所在地	(郵便番号 350 - 0313) 埼玉県 都道 比企郡 鳩山 市区 松ヶ丘4丁目1番4号 府 市 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													
	フリガナ													
管理者	フリガナ	ヤマグチ キヨミ												
	氏名	山口 貴代美					生年月日							
	住所	(郵便番号) 埼玉県 都道 市区 府 県 町村												

- 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。