



指定申請書

令和7年1月9日

鳩山町長 殿

所在地

埼玉県桶川市北二丁目6番15号

申請者 名称

有限会社ハートサービス

代表者職名・氏名 代表取締役 高安 正典

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。

		法人番号					
申請者	フリガナ	ユウゲンガイシャハートサービス					
	名称	有限会社ハートサービス					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 363 - 0011) 埼玉県 桶川市 北二丁目6番15号					
	連絡先	電話番号	048-776-7700 (内線)		FAX番号	048-776-7844	
		Email	info@heart-service.com				
	法人等の種類	営利法人					
	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	タカヤスマサノリ 高安 正典	生年月日	1974年7月28日
	代表者の住所	(郵便番号 112 - 0002) 東京都 文京区 小石川3-2-12					
法人の吸収合併又は吸収分割における指定申請時に☑ <input type="checkbox"/>							
指定事業を業受ける種類のうちとする	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請対象事業等 (該当事業に○)	既に指定(登録)を受けている事業等 (該当事業に○)	指定申請をする事業等の開始予定年月日	様式		
	介護予防訪問介護相当サービス				付表第三号 (一)		
	緩和した基準による訪問型サービス(定率)						
	緩和した基準による訪問型サービス(定額)						
	介護予防通所介護相当サービス	○		2025年3月1日	付表第三号 (二)		
	緩和した基準による通所型サービス(定率)						
緩和した基準による通所型サービス(定額)							
既に指定(登録)を受けている事業所の種類(該当に○)	訪問介護						
	基準該当訪問介護						
	通所介護						
	基準該当通所介護						
	地域密着型通所介護						
介護保険事業所番号	(既に指定又は許可を受けている場合)						
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等	(保険医療機関として指定を受けている場合)						

- 備考 1 「指定申請対象事業等」「既に指定(登録)を受けている事業等」の欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 2 法人等の種類は、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 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。
- 4 指定を受けようとする事業所の種類に応じた付表と必要書類を添付してください。
- 5 「介護予防訪問介護相当サービス」「介護予防通所介護相当サービス」は介護保険法施行規則第140条の63の6第1号で定める基準に基づき行われるサービスを指します。