

令和6年5月18日

各務原市介護保険サービス事業者協議会
会 員 各 位

各務原市介護保険サービス事業者協議会
会 長 稲垣 光晴

令和6年度 各務原市介護保険サービス事業者協議会 会費納入について（お願い）

平素は、格別なるご尽力を賜り厚くお礼申しあげます。
標記の件につきまして、下記のとおり年会費を納入いただきたくお願い申しあげます。
つきましては、下記の手順で会費をお振込みいただきますようお願い申しあげます。

記

1. 会 費：年会費 3,000円（令和6年度）

・年会費には、1事業部会の部会費を含みます。

事業部会費 1,000円（令和6年度）

・2つ以上の部会に加入を希望する法人は1部会につき1,000円必要です。

（会費額の例）

居 宅	訪 問	通 所	施 設	参加部会数		備考
	●			1	3,000円	参加する部会の数によって会費額が異なります。
●		●		2	4,000円	
●		●	●	3	5,000円	
●	●	●	●	4	6,000円	

2. 納入手続き：①銀行振込

- ・銀行振り込みの場合、領収書は発行いたしませんのでご了承ください。
- ・振込み手数料は、各事業所等の負担でお願いします。
事務局（市社会福祉協議会）へ直接持参いただいても結構です。

納入期日：令和6年8月9日(金) までに納入ください。

②別紙 会費納入報告書を記入、振込金領収書の写し貼付し、FAX 又はメール(shakyo@chive.ocn.ne.jp)してください。

3. 振 込 先：金融機関名 大垣共立銀行 各務原支店

口座番号 普通－898743

口座名義人 各務原市介護保険サービス事業者協議会

会長 稲垣 光晴

【問い合わせ先】

各務原市介護保険サービス事業者協議会 事務局
（各務原市社会福祉協議会内）

担当：松浦・田中 TEL 058 (383) 7610

FAX : 058-382-3233

メール : shakyo@chive.ocn.ne.jp

令和6年度 各務原市介護保険サービス事業者協議会

会費納入報告書

法人名			
加入部会	加入部会名	施設・事業所名	ご担当者名
	居宅介護支援事業部会		
	訪問サービス事業部会		
	通所サービス事業部会		
	施設サービス事業部会		
会費納入額	円		
振込日	令和 年 月 日		

●振込金領収書の写し貼付し、FAX又はPDFファイルを添付し、メールしてください。

振込金領収書の写し貼付欄