

令和7年8月12日

各務原市介護保険サービス事業者協議会 会員 様

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7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上げます。

2025年7月31日を期限としておりましたが、現時点で会費を未納の事業所がございます。つきましては、それぞれの事務方に納入状況をご確認いただいた上で、早急にご納入いただけますようお願い申し上げます。

記

1. 会 費：年会費 3,000円（令和7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7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7年9月12日(金) までに納入ください。

②別紙 会費納入報告書を記入、振入金領収書の写し貼付し、FAX 又はメール(shakyo@chive.ocn.ne.jp)送信願います。

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：田中・杉山 TEL 058 (383) 7610

FAX : 058-382-3233

メール : shakyo@chive.ocn.ne.jp

令和7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