

令和8年3月吉日

会員・賛助会員各位

さいたま市介護支援専門員協会
会長 宮本 好彦

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会の会員案内について

陽春の候、会員の皆様にはますます御清祥のこととお慶び申し上げます。

この度、令和8年3月21日に臨時総会が開催され、同年8月31日を持ちまして、当協会が解散となり、同年4月1日より、さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会へ合併することに承認、議決したことをご報告いたします。

つきましてはご多忙の折、誠に恐縮ではございますが、同封のさいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会の会員定義及び入会申込書（記入例含む）をご確認いただき、新規入会又は引き続き、ご入会継続を賜りたくお願い申し上げます。

ご入会される場合は、令和8年度さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会通常総会が5月28日（木）に開催予定のため、4月1日（水）から10日（金）までに、同封の入会申込書にて、下記に記載されています、さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会の事務局宛てのFAXにて、ご返信をお願いします。

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会

〈事務局〉 社会福祉法人 さいたま市社会福祉協議会
大宮サービスセンター内

担当：渡邊、大谷

〒331-0823

埼玉県さいたま市北区日進町2丁目1864-10 J S日進

(TEL) 048-661-3620

(FAX) 048-782-6840

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会（以下さい介協）での会員定義

1 勤務先の法人（団体）にて、さい介協に入会している方

- (1) 個人での再入会、申し込みの必要はありません。
 - (2) さい介協からの活動（研修）案内等は、さい介協事務局から団体法人の連絡先に届きますので勤務先にお問合せください。
- ※ 法人で入会済みの場合は、今後法人退会のない限り年会費は不要です。

2 さい介協に入会されていない事業所に勤務されている方

- (1) 活動（研修）参加を引き続き希望される方は、さい介協への入会が必要です。
 - (2) 入会は法人、個人どちらでも可能ですが、法人内（同事業所等）で現在2人以上でケアマネ協会に入会されている方は、法人での入会をお勧めします。
 - ① 3事業所以下の法人 年会費 6,000円 （人数無制限）
 - ② 4事業所以上の法人 年会費 10,000円 （人数無制限）
 - ③ 市内の介護保険サービス、若しくは介護保険指定事業所に従事する個人
年会費 5,000円 （1人つき）
- ※ 個人入会の場合は個人、法人入会の場合は法人（連絡先）に案内が届きます。
- ※ 法人で入会済でも、個人入会は可能ですが年会費5,000円が別途かかりますので推奨しません。

3 ケアマネ協会賛助会員の方（事業所）

- (1) 現在、さい介協に入会済のケアマネ協会賛助会員の方は手続き不要です。
- (2) 現在、さい介協に入会されていないケアマネ協会賛助会員の方は、入会、申し込みが必要ですが、さい介協は市内すべての介護保険サービス若しくは介護保険指定事業所を対象としておりますので、対象事業所であれば正規会員となります。（入所、通所、訪問サービス全般、福祉用具、有償介護サービス等）
- (3) 市外または個人での入会の場合は賛助会員 年会費 10,000円となります。

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

代表幹事 様

次のとおり、入会を申込みます。

法人 個人※ (□のどちらかに☑を入れてください)

フリガナ			
法人名称			
法人の所在地	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		
法人の種類別	医療法人・株式会社・有限会社・社会福祉法人・その他 ()		
代表者の職名・氏名	職名		フリガナ
			氏名
フリガナ		所持資格 ※個人での申込のみ	
氏名 ※個人での申込のみ			

案内等送付先 法人宛 主な事業所宛 個人宛※個人での申込のみ (□のいずれかに☑を入れてください)

主な事業所宛 (さいたま市内で介護保険指定サービスを受けている事業を記入してください。)

主な事業所	指定サービス名	事業所名	事業所所在地	TEL・FAX
				(〒 -)
	メールアドレス			
	担当者の職名・氏名	職名	フリガナ	
			氏名	
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F
他の事業所			(〒 -)	T ・ F

個人宛 ※個人での申込のみ

住所	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		

※必要に応じてコピーしてご記入ください。
※変更があった場合は、事務局に連絡してください。

事務局FAX (048) 782-6840

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

代表幹事 様

次のとおり、入会を申込みます。

法人 個人※ (□のどちらかに☑を入れてください)

記入例
(法人)

フリガナ	シャカイフクシホウジン サイタマ		
法人名称	社会福祉法人 さいたま		
法人の所在地	(〒336-8633) さいたま市浦和区常盤 1-2-3		
連絡先	電話番号	048-123-4567	FAX番号 048-123-9876
	メールアドレス	〇〇〇.〇〇@.....jp	
法人の種別	医療法人・株式会社・有限会社・ 社会福祉法人 ・その他 ()		
代表者の職名・氏名	職名	理事長	フリガナ サイタマ カイゴ 氏名 埼玉 介護
	フリガナ 氏名 ※個人での申込のみ		所持資格 ※個人での申込のみ

案内等送付先 法人宛 主な事業所宛 個人宛※個人での申込のみ (□のいずれかに☑を入れてください)

主な事業所宛 (さいたま市内で介護保険指定サービスを受けている事業を記入してください。)

	指定サービス名	事業所名	事業所所在地	TEL・FAX
主な 事業所	居宅介護支援	居宅介護支援 さいたま	(〒336-8633) さいたま市浦和区 常盤 1-2-3	T 〇〇〇-〇〇〇〇 ・ F 〇〇〇-〇〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇.〇〇@.....jp		
	担当者の職名・氏名	職名	管理者	フリガナ サイタマ サイコ 氏名 埼玉 さい子
他の 事業所	通所介護	テイサービス さいたま	(〒336-8633) さいたま市浦和区 常盤 1-2-3	T 〇〇〇-〇〇〇〇 ・ F 〇〇〇-〇〇〇〇
他の 事業所			(〒 -)	T ・ F
他の 事業所			(〒 -)	T ・ F
他の 事業所			(〒 -)	T ・ F

個人宛 ※個人での申込のみ

住所	(〒 -)		
連絡先	電話番号		FAX番号
	メールアドレス		

※必要に応じてコピーしてご記入ください。
※変更があった場合は、事務局に連絡してください。

さいたま市介護保険サービス事業者連絡協議会入会申込書

代表幹事 様

次のとおり、入会を申込みます。

法人 個人※ (□のどちらかに☑を入れてください)

記入例
(個人)

フリガナ	シャカイフクシホウジン サイタマ		
法人名称	社会福祉法人 さいたま		
法人の所在地	(〒336-8633) 埼玉県さいたま市浦和区常盤 1-2-3		
連絡先	電話番号	048-123-4567	FAX番号 048-123-9876
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@.....jp	
法人の種別	医療法人・株式会社・有限会社 <u>社会福祉法人</u> その他 ()		
代表者の職名・氏名	職名	理事長	フリガナ サイタマ カイゴ
			氏名 埼玉 介護
フリガナ	サイタマ サイコ		所持資格 ※個人での申込のみ
氏名 ※個人での申込のみ	埼玉 さい子		

案内等送付先 法人宛 主な事業所宛 個人宛※個人での申込のみ (□のいずれかに☑を入れてください)

主な事業所宛 (さいたま市内で介護保険指定サービスを受けている事業を記入してください。)

主な事業所	指定サービス名	事業所名	事業所所在地	TEL・FAX
		居宅介護支援	居宅介護支援 さいたま	(〒336-8633) さいたま市浦和区 常盤 1-2-3
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@.....jp		
	担当者の職名・氏名	職名	管理者	フリガナ サイタマ サイコ 氏名 埼玉 さい子
他の事業所			(〒 -)	T F
他の事業所			(〒 -)	T F
他の事業所			(〒 -)	T F
他の事業所			(〒 -)	T F

個人宛 ※個人での申込のみ

住所	(〒330-1111) さいたま市浦和区常盤11-1 マンションさいたま202		
連絡先	電話番号	048-987-6534	FAX番号 048-987-3421
	メールアドレス	〇〇〇. 〇〇@.....jp	

※必要に応じてコピーしてご記入ください。
※変更があった場合は、事務局に連絡してください。