**意見提出様式**

**『綾川町高齢者保健福祉計画（案）』に対する意見等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連絡先** | **氏名又は団体名** |  |
| **住所又は所在地** |  |
| **連絡先（電話番号）****電子メールアドレス** |  |

|  |
| --- |
| **ご意見のある計画案名（〇をつけて下さい）** |
| 1. **綾川町高齢者保健福祉計画（案）・第9期介護保険事業計画（案）**
 |
| **意****見****等** | **頁** | **項　　目** | **内　　　　　　容** |
|  |  |  |

※氏名・団体名、住所・所在地及び連絡先・電子メールアドレス欄は必ず記入してください。

**※【記入例】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **意****見****等** | **頁** | **項　　目** | **内　　　　　　容** |
| 18 | 第1節　１ | ○○について□□のように変えるべき |

**・提出期限** 　**令和6年2月14日（水）　まで （郵送の場合締切日消印有効）**

**・提 出 先** 　**【郵 送】**　**〒761-2392**　**綾歌郡綾川町滝宮299番地**

 　　　　　　　　　　　　　　 　　　 **綾川町役場　健康福祉課**

**高齢者保健福祉計画担当　宛**

**【ＦＡＸ】**　**087-876-3120**

 　 　 **【E-mail】**　**kenkofukushi@town.ayagawa.lg.jp**

 　 　　 **【持　参】**　**綾川町役場　健康福祉課まで**

**・お問い合わせ先**　 **綾川町役場　 健康福祉課** 　**電話**　**087-876-1113**