

二宮町高齢者保健福祉計画及び第 7 期介護保険事業計画 (素案) に対するご意見を募集しています

高齢者の保健福祉に関する施策を総合的に推進するため、3 年を 1 期とする「二宮町高齢者保健福祉計画及び第 7 期介護保険事業計画」(平成 30 年度から 3 年間)を策定します。このことについて皆さまからのご意見を募集します。

対象	町内在住または在勤・在学の方
募集期間	平成 30 年 1 月 5 日(金)から平成 30 年 1 月 25 日(木)
閲覧場所	ホームページ 役場町政資料閲覧コーナー(役場 2 階) ラディアン 図書館 町民サービスプラザ 町民センター 二宮町健康づくり課地域包括ケアシステム班 窓口(役場 1 階)
提出方法及び提出先	氏名、住所、連絡先をご記入の上、次のいずれかの方法により提出してください。 ※指定提出用紙があります。(任意様式でも可能ですが、必須事項の記入漏れの無いようお願いします。) ①郵送：〒259-0196 (個別郵便番号のため住所不要) 二宮町健康づくり課地域包括ケアシステム班宛 ②ファックス：0463-73-0134 ③メール：houkatsu@town.ninomiya.kanagawa.jp ④健康づくり課地域包括ケアシステム班へ持参(平日 8:30~17:15) ①~④の方法で提出できない場合は、ご相談ください。
提出の際の留意事項	○電話や窓口での口頭による意見の受付、個別回答はできません。 ○必ず氏名と住所を明記してください。記載されていない場合は、意見として受付できません。
その他	○記入いただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用し、二宮町個人情報保護条例に基づき、厳重に保護・管理します。 ○意見は簡潔にご記入ください。 ○提出いただいた意見は、個人が特定できないよう編集した上で意見の要旨と意見に対する町の考え方をホームページで公表します。(個別回答はしません)
問合せ	二宮町健康づくり課地域包括ケアシステム班 電話 0463-71-3311 内線 262

※意見提出用紙は、裏面に印刷してあります。

意見提出用紙

※氏名	
※住所	在住・在勤・在学（いずれかに○をしてください）
連絡先	（電話番号、メールアドレスなど）
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年齢	<input type="checkbox"/> 19歳以下 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代 <input type="checkbox"/> 70歳以上
職業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 専業主婦（夫） <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他
ご意見の タイトル	●ご意見をいただく表題・ページをご記入ください。
ご意見の 内容	

注意事項

- (1) ※のある欄は必ず御記入ください。
- (2) 複数ご意見がある場合は、1枚に1件ずつお書きください。

○記入いただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用し、二宮町個人情報保護条例に基づき、厳重に保護・管理します。

○意見は簡潔にご記入ください。

○提出いただいた意見は、個人が特定できないよう編集した上で意見の要旨と意見に対する町の考え方をホームページで公表します。（個別回答はしません。）

ご意見ありがとうございました。

下記のいずれかの方法でご提出ください。

- ① 郵送：〒259-0196 （個別郵便番号のため住所不要）二宮町健康づくり課地域包括ケアシステム班宛
 - ② ファックス：0463-73-0134
 - ③ メール：houkatsu@town.ninomiya.kanagawa.jp
 - ④ 健康づくり課地域包括ケアシステム班へ持参（平日8:30～17:15）
- ①～④の方法で提出できない場合は、ご相談ください。

締切：平成30年1月25日 必着