**「二宮町高齢者保健福祉計画及び第９期介護保険事業計画（案）」**

**に対する意見等記入用紙**

作成日：令和６年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 |  |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 |
| 在住　・　在勤　・　在学　（いずれかに○をしてください） |
| 電話番号 |  |
| ご意見等記入欄 | ●ご意見をいただく表題・ページからご記入ください。（例：　６０ページ　施策の展開について） |

※　意見募集の結果公表には、ご意見以外の内容（住所、氏名等）は公表いたしません。

※　氏名及び連絡先等の記載がないものについては、無効とさせていただきます。

**▽提出期限**　　　　**令和６年２月５日（月）必着**

**▽提出方法**　　　　　高齢介護課(役場１階)に持参、郵送、ファックス、メール、e-KANAGAWA

 にて提出ください。

**▽問合せ先**　　　　　二宮町 健康福祉部 高齢介護課 高齢福祉班（役場１階）

　　　　　　　　　　　　　　〒259-0196　二宮町二宮961

　　　　　　　　　　　　　　TEL　0463-7５-９５４２　FAX　0463-73-0134

　　　　　　　　　　　　　　E-mail　houkatsu@town.ninomiya.kanagawa.jp