

意見提出様式

「第10次高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（素案）」

に対する意見

住所（所在地）	〒
氏名（法人その他の団体にあつては、名称及び代表者名）	
電話番号 ※ご意見の内容に不明な点があつた場合の連絡・確認に使用します。	
市外の方は、右欄の該当する項目にチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 市内に通勤・通学している <input type="checkbox"/> この案に関し利害関係を有する（市内で事業を営む方など）
【ご意見】	

【締め切り】 令和6年1月15日（月曜日）必着

【提出先】（郵送）〒273-8501 船橋市 介護保険課（住所不要）

（ファックス）047-436-3307

（電子メール）kaigohoken@city.funabashi.lg.jp

（ご持参）船橋市 介護保険課（市役所本庁舎3階）

【問い合わせ】 介護保険課（電話）047-436-3306