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っては、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った場合の連絡・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。 | ☐市内に通勤・通学している  ☐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