

「半田市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画（案）」に対する意見提出書

住 所※	
氏 名※	
電 話 番 号※	
意見提出者の区分 (該当する区分に○ 印をしてください。)	1. 市内に住所を有する者 2. 市内に事務所又は事業所を有する個人、法人 3. 市内に通勤し、又は通学する者 4. 当該案件に関係を有する者
(ご意見等記入欄) ※	

※いただきましたご意見等の内容について、お問い合わせすることがありますので、住所、氏名、電話番号は必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあつては、住所欄に事務所又は事業所の所在地、氏名欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。

※ご意見等記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。

提出先：高齢介護課介護保険担当
連絡先：84-0649