

滑川市高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画(素案) に関するご意見・ご提言

氏 名	※必須	
住 所	※必須	〒 ー
連絡先(電話番号又は電子メールアドレス)	※必須	
該当箇所	どの部分についてのご意見か、該当個所が分かるように明記してください。 例) 9ページ 2 被保険者、要介護認定者の現状 (1) 被保険者数の推移	
「ご意見・ご提言」		

- 提出期限 平成 30 年2月 13 日(火) 必着
- 提出先及び問合せ先 滑川市福祉介護課介護保険係(電話 076-475-2111 内線 391)
- 提出方法(次のいずれかの方法で提出してください)
 - ・ 郵送(持参も可) 〒936-8601 滑川市寺家町 104 番地
滑川市福祉介護課 介護保険係あて
 - ・ ファクシミリ 076-476-5505
 - ・ 電子メール fukushikaigo@city.namerikawa.lg.jp

(件名は「滑川市高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画素案に関する意見」としてください。)

※意見募集結果の公表の際には、ご意見等以外の内容(住所、氏名等)は公表いたしません。