**第１０期 岩内町高齢者保健福祉計画・**

**第９期 岩内町介護保険事業計画（素案）**

**についてご意見をお聞かせください。**

この計画に対するご意見を裏面に記入の上、令和６年２月１９日（月）までに、備え付けの回収箱に入れるか、岩内町役場健康福祉部長寿介護課【１０番窓口】へご持参もしくは郵送・ＦＡＸ・電子メールでご提出願います。

いただいたご意見は、岩内町高齢者対策計画策定委員会に報告の上、計画策定の参考にいたします。

・提出期限：令和６年２月１９日（月）まで

・提出先：備え付けの回収箱

または 岩内町役場 健康福祉部長寿介護課 介護福祉係 【１０番窓口】

・提出方法：持参または郵送　　 〒 045-8555　岩内町字高台134番地１

　　　　　　　　　　　　　　　 岩内町役場健康福祉部長寿介護課（介護福祉係）

　　　　　　ＦＡＸ　（番　号） ０１３５－６７－７０８５

　　　　　　メール　（アドレス） [kaigo@town.iwanai.lg.jp](mailto:kaigo@town.iwanai.lg.jp)

**－お問合せ－　岩内町役場　健康福祉部長寿介護課　介護福祉係**

**☎　０１３５－６７－７０８５**

　　　裏面をご確認下さい。

|  |
| --- |
| ご意見をお書き下さい |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　差し支えなければ、性別、年齢をご記入願います。

　　性別： 男性 ・ 女性　　　年齢　　　歳　　　 ありがとうございました。