令和６年　　月　　日

胎内市役所　福祉介護課　介護保険係　あて

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※住所・氏名は必ずご記入ください

「胎内市高齢者保健福祉計画・第９期介護保険事業計画」（素案）

についての意見

該当ページ	該当箇所	意　　見
【例】　３	○○について	

◆提出方法　①郵送、②ファクス、③電子メール、④持参のいずれかの方法で提出してください。

◆提出期間　令和６年２月 20 日（火）から令和６年３月４日（月）まで　※期間内必着

◆提出先　①郵送：〒959-2693　胎内市新和町２番 10 号　胎内市役所福祉介護課介護保険係

②ファクス：0254－43－8040

③電子メール：kaigo@city.tainai.lg.jp

④持参：福祉介護課介護保険係（１階４番窓口）