**第９期揖斐広域連合高齢者福祉計画・介護保険事業計画（素案）に対する意見**

【提出期間　令和６年１月１５日（月）～令和６年１月３１日（水）】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記入する方  （必ず全項目を記入してください） | 提出日 | 令和６年　　月　　日 |
| 住　所 | 〒 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏　名 |  |
| 連絡先 | ※電話番号、FAX番号、メールアドレスのいずれかをご記入ください。 |
| ご　意　見 | | |
|  | | |
| ◎記載時の注意点　　・提出日はご意見を提出される日時を記入してください。  　　　　　　　　　　・氏名はフルネームを記載してください。  　　　　　　　　　　・意見に対する個別の回答はいたしかねますが、連絡先は内容に疑義があるとき  に広域連合から問い合わせをさせていただく場合がございます。  ・個人情報はこの計画策定のために使用し、適切に管理します。  ◎提出期間　　　　　令和６年１月１５日（月）～令和６年１月３１日（水）  ◎提出方法・提出先　揖斐広域連合　介護保険課  　　　　　　　　　　・郵便　　〒501-0603　岐阜県揖斐郡揖斐川町上南方1-1　揖斐広域連合　介護保険課  　　　　　　　　　　・FAX　　0585-21-0126  　　　　　　　　　　・メール　[nukumori-kaigo@ibikoiki.jp](mailto:nukumori-kaigo@ibikoiki.jp)  ※１月３１日までにご意見をお寄せください。郵便の際は３１日消印有効といたします。 | | |