

「射水市高齢者保健福祉計画・第9期介護保険事業計画
(2024～2026年度)」(素案)に対する意見

氏 名 _____

住 所 _____

(法人その他の団体にあつては、事務所又は事業所の名称、所在地及び代表者の氏名)

【意見及びその理由等】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- ※ 提出期間等は、令和5年12月15日(金)から令和6年1月15日(月)です。介護保険課、地域福祉課又は各地区センターへ提出してください。
- ※ 意見を提出していただいた方の氏名、住所等の個人情報公表しません。