第９期足寄町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（素案）に関する意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご  連  絡  先 | ご氏名または団体名 |  |
| ご住所または所在地 |  |
| ご連絡先（電話番号・  電子メールアドレス） |  |

※上記の情報は公表いたしませんので、必ずご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 意  見  等 |  |

* 締め切り　　令和　６年　１月１７日（水曜日）必着

【郵送・持参の場合】　〒０８９－３７９７　足寄町北１条４丁目４８番地１

　　　足寄町役場　福祉課総合支援相談室　介護保険担当

（※持参の場合は土日祝を除く８：３５から１７：０５まで）

【FAXの場合】　　　　０１５６－２５－９２０１

【電子メールの場合】　　zaikai@town.ashoro.hokkaido.jp