（宛先）韮崎市長寿介護課介護保険担当

● FAX:0551-22-8479　● 電子メール:kaigo@city.nirasaki.lg.jp

韮崎市高齢者福祉計画・介護保険事業計画【第 9 期】（案）に関する意見

フリガナ		年齢	歳	性別	男 ・ 女
氏名（必須）					
住所（必須）				電話番号（必須）	
					（　　）

意見の内容

〔お願い〕

●ご記入にあたっては、できるだけ簡潔で具体的な記述をお願いします。

●いただいたご意見の概要とそれに対する本市の考え方については、ホームページ等で一定期間公表します。（ご意見を公表する際は、住所・氏名は公開しません。）

●お名前等の個人情報は、応募者要件の確認、ご意見で不明な点などをお伺いする場合のために利用します。（個人情報は、この意見募集の目的以外には利用しません。）

●意見提出者が法人の場合は、お名前の欄に法人名と代表者名をご記入ください。