

**豊郷町高齢者保健福祉計画および第8期介護保険事業計画（素案）**  
**パブリックコメント 意見提出様式**

<p>■在住等の要件区別 (該当要件の番号を○で囲み、5に該当する方は、その具体的な内容をご記入ください。) ※必須</p>	<p>1 町内に住所を有する方 2 町内に事務所または事業所を有する個人および法人その他の団体 3 町内の事務所または事業所に勤務する方 4 町内の学校に在学する方 5 本計画等に利害関係を有する方 ( )</p>									
<p>■氏名 (法人等の場合は名称及び代表者の氏名) ※必須</p>	<p>氏名：  事業所・学校名・法人名：</p>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">■連絡先</td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">住所 ※必須</td> <td style="padding: 5px;">〒</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="padding: 5px;">E-mail</td> <td></td> </tr> </table>	■連絡先	住所 ※必須	〒		電話番号			E-mail		
■連絡先	住所 ※必須	〒								
	電話番号									
	E-mail									
<p>■ ご意見等 (計画(素案)の何ページのどの項目についてのご意見等であるか、具体的にご記入ください。)</p>										

(注) ※必須の項目に記入がない意見は受付できません。

■締切 令和3年1月13日(水) [必着]

■送付先 【持 参】 豊郷町医療保険課 (8:30~17:15、土・日・祝日を除く)  
【郵 送】 〒529-1169 滋賀県犬上郡豊郷町石畑375番地  
【ファックス】 0749-35-4588 【E-mail】 iryouhoken@town.toyosato.shiga.jp

※この意見記入用紙は、豊郷町のホームページにも掲載しています。

※いただいたご意見について、最終的な計画を作成する際の参考とさせていただくとともに、結果の概要をまとめて公表する予定ですが、ご意見に対する個別の回答は行いませんので、あらかじめご了承ください。

※ご記入いただいた個人情報、豊郷町個人情報保護条例の規定に従い、適切に取り扱います。