　ご意見記入シート

今金町地域福祉計画について

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見の募集期間 | 令和３年２月１６日（火）から  令和３年２月２２日（月）まで（必着） |
| 氏　　名  （法人又は団体の場合は名称及び代表者氏名） |  |
| 住　　所  （法人又は団体の場合は主たる事務所の所在地） |  |
| ご　意　見 | |
|  | |
| 【提出先】〒049-4318　瀬棚郡今金町字今金１７－２  　　　　　　　　　　　今金町総合福祉施設としべつ内保健福祉課総務グループ  　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：0137-82-3867  　　　　　　　　　　　メール：imk-kenko@town.imakane.lg.jp | |

１　用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さいますようお願いします。

２　この様式により難い場合は、これに準じた様式でご記入下さい。

３　電子メールの場合は、メールタイトルを「今金町地域福祉計画について」として、住所、氏名を記入のうえご提出下さい。

　ご意見記入シート

第８期今金町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見の募集期間 | 令和３年２月１６日（火）から  令和３年２月２２日（月）まで（必着） |
| 氏　　名  （法人又は団体の場合は名称及び代表者氏名） |  |
| 住　　所  （法人又は団体の場合は主たる事務所の所在地） |  |
| ご　意　見 | |
|  | |
| 【提出先】〒049-4318　瀬棚郡今金町字今金１７－２  　　　　　　　　　　　今金町総合福祉施設としべつ内保健福祉課総務グループ  　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：0137-82-3867  　　　　　　　　　　　メール：imk-kenko@town.imakane.lg.jp | |

１　用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さいますようお願いします。

２　この様式により難い場合は、これに準じた様式でご記入下さい。

３　電子メールの場合は、メールタイトルを「第８期今金町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画について」として、住所、氏名を記入のうえご提出下さい。

　ご意見記入シート

第６期今金町障がい福祉計画について

|  |  |
| --- | --- |
| ご意見の募集期間 | 令和３年２月１６日（火）から  令和３年２月２２日（月）まで（必着） |
| 氏　　名  （法人又は団体の場合は名称及び代表者氏名） |  |
| 住　　所  （法人又は団体の場合は主たる事務所の所在地） |  |
| ご　意　見 | |
|  | |
| 【提出先】〒049-4318　瀬棚郡今金町字今金１７－２  　　　　　　　　　　　今金町総合福祉施設としべつ内保健福祉課総務グループ  　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：0137-82-3867  　　　　　　　　　　　メール：imk-kenko@town.imakane.lg.jp | |

１　用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さいますようお願いします。

２　この様式により難い場合は、これに準じた様式でご記入下さい。

３　電子メールの場合は、メールタイトルを「第６期今金町障がい福祉計画について」として、住所、氏名を記入のうえご提出下さい。