**「第８次吉田町高齢者保健福祉計画・第７期吉田町介護保険事業計画」(案)**

**に対する意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | | ※ | |
| 氏名又は法人・団体名 | | ※ | |
| 電話番号 | | ※ | |
| メールアドレス | |  | |
| 提出者の区分  (該当する番号に○印を  　　　つけてください。) | | １　町内に住所を有している  ２　町内に事務所又は事業所を有している  ３　町内の事務所又は事業所に勤務している  ４　町内の学校に在学している  ５　町税納税義務者 | |
| 項目及びページ | 項目 | | ページ |
| 記入欄 |  | | |
| 項目及びページ | 項目 | | ページ |
| 記入欄 |  | | |

①　※欄の「住所」、「氏名又は法人・団体名」、「電話番号」は必ずご記入ください。法人・団体の場合、主たる事務所の所在地、

名称及び代表者名の記入をお願いします。

②　いただいたご意見等に対応する素案のページの記入をお願いします。

③　パブリックコメントの実施結果の公表時には、「記入欄」以外の内容(住所・氏名等)は公表いたしません。

④　ご記入いただく個人情報(住所、氏名、電話番号等)につきましては、今回募集するご意見について確認する必要がある場合のみ

利用させていただきます。

⑤　いただいたご意見等に対しての個別の回答はいたしかねますので、あらかじめご了承ください。

⑥　「記入欄」が足りない場合には、別紙を添付してください。

【提出期間】**平成３０年２月５日（月）から２月１４日（水）　午後５時まで**

【提出先及び問合せ先】

住所：〒４２１－０３９５　榛原郡吉田町住吉８７番地

吉田町福祉課

電話：０５４８－３３－２１０５・２１０６

ＦＡＸ：０５４８－３３－０３６１

　　メール：fukushi@town.yoshida.shizuoka.jp

(別紙)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 項目及びページ |  | ページ | | 記入欄 |  | | | 項目及びページ |  | ページ | | 記入欄 |  | | | 項目及びページ |  | ページ | | 記入欄 |  | | | 項目及びページ |  | ページ | | 記入欄 |  | | | 項目及びページ |  | ページ | | 記入欄 |  | | |