**龍郷町高齢者保健福祉計画及び第9期介護保険事業計画（素案）に対する**

**意見（パブリックコメント）記入用紙**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（名称） |  |
| 住所（所在地） | **〒** |
| 電話番号 |  |
| ご意見を聞かせてください。①龍郷町の高齢者福祉の施策について②介護保険料について |

提出期限　令和６年２月２３日（金）１７時まで（必着）

お問い合わせ先

龍郷町保健福祉課　介護保険係

電話0997-69-4514.