（※様式は自由です。必ずしもこの記入用紙を使用する必要はありません。）

第９期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画(案)

 ご意見　記入用紙

**必ず住所（所在地）・氏名をご記入ください。**

住所（所在地）神戸市　　　　　区

ご氏名

【ご意見　記入欄】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

2024年1月10日（水曜）までに郵送・ファクシミリ・電子メール・持参・神戸市ホームページの意見送信フォームのいずれかの方法で神戸市福祉局介護保険課へお寄せください。

郵送：〒651-8570（宛先住所記入不要）　「神戸市福祉局介護保険課　意見募集」宛

ＦＡＸ（ファクシミリ）：０７８－３２２－６０４９

Ｅメールアドレス：kobekaigohokenka2@office.city.kobe.lg.jp

持参：神戸市福祉局介護保険課（市役所1号館4階）

平日8時45分から12時00分まで、13時00分から17時30分までの間

神戸市ホームページの意見送信フォーム：

<https://www.city.kobe.lg.jp/a46210/shise/kekaku/9kiikennsousinnfo-mu.html>