

**中種子町高齢者保健福祉計画及び
第7期介護保険事業計画（素案）へのご意見記入用紙**

お名前 (または団体名)	(ふりがな)		
ご住所 (または所在地)	〒 -		
性別		年代	10代・20代・30代・40代・50代・60代・70代以上
ご連絡先 (電話番号もしくはメールアドレス)			

※企業・団体様の場合は、企業・団体名及び代表者氏名、企業・団体の所在地をご記入ください。

【ご意見記入欄】

ご意見の対象箇所 (あてはまるものに○)	ご意見の内容（できるだけ簡潔にご記入ください。）
第1章 計画の基本的な考え方	
第2章 高齢者を取り巻く現状	
第3章 基本理念・基本的視点	
第4章 高齢者保険福祉サービス	
第5章 地域支援事業	
第6章 介護保険サービス	
第7章 第1号被保険者の介護保険料の設定	
対象のページ (ページ番号を記入)	
ご意見の対象箇所 (あてはまるものに○)	ご意見の内容（できるだけ簡潔にご記入ください。）
第1章 計画の基本的な考え方	
第2章 高齢者を取り巻く現状	
第3章 基本理念・基本的視点	
第4章 高齢者保険福祉サービス	
第5章 地域支援事業	
第6章 介護保険サービス	
第7章 第1号被保険者の介護保険料の設定	
対象のページ (ページ番号を記入)	

◆締切日 平成30年2月15日（木）※必着

◆提出先

<郵送・持参> 〒891-3692 熊毛郡中種子町野間1586番地
中種子町福祉環境課介護保険係

※持参の場合は、土・日・祝を除く8時30分から17時15分まで

<ファクス> 0997-27-2620

<電子メール> naka-hoken@town.nakatane.kagoshima.jp