「佐久市老人福祉計画・第９期介護保険事業計画」（素案）に係る意見

令和　　年　　月　　日

佐久市高齢者福祉課介護保険事業係　宛て

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出者 | 住所 | 〒 |
| 氏名※ |  |
| 電話番号 |  |

※法人にあっては、名称及び代表者氏名

　佐久市老人福祉計画・第９期介護保険事業計画（素案）に関し、以下のとおり意見を提出します。（別紙に記載する場合は「別紙に記載」としてください。）

|  |
| --- |
| 意見の内容 |
|  |