

第9期黒石市高齢者福祉計画・介護保険事業計画（素案）に対する

意見等記入用紙

氏名 (名称及び代表者氏名)	
住所 (所在地)	〒
在住・在学等の区分 (右記の中から該当する番号すべてに○を付けてください。)	1 市内に住所を有する人 2 市内に事務所または事業所を有する個人及び法人その他の団体 3 市内に通勤または通学する人
ご意見等記入欄（意見等に係る素案の関係ページ、関係箇所を記入の上、意見を記入してください。）	

◎提出期限 令和5年12月25日（月）必着

◎ご意見等の提出方法及び問い合わせ先

(1) 提出方法 次のいずれかの方法により提出してください。

①郵送 〒036-0396 黒石市大字市ノ町11-1 黒石市介護保険課宛

②持参 黒石市役所 第2庁舎1階 介護保険課窓口まで

③ファクシミリ 0172-59-3885 介護保険課宛 ※局番注意

④Eメール kuro-kaigo@city.kuroishi.aomori.jp

(2) 問い合わせ先

黒石市介護保険課 TEL0172-52-2111（内線520）

◎意見募集結果の公表の際には、ご意見以外の内容（住所・氏名等）は公表いたしません。

なお、氏名、住所等の個人情報については、パブリックコメント手続以外には使用しません。