

**「東三河広域連合第9期介護保険事業計画（素案）」  
についての御意見等**

提出日（必須）	令和5年          月          日
住 所（必須）	〒          ー
氏 名（必須）	
連絡先（必須）	
御意見等の内容（必須）	

（記載時の注意点）

- ・ 提出日は、御意見等を提出される年月日を記載してください。
- ・ 氏名は、姓名フルネームを記載してください。
- ・ 連絡先は、電話番号やメールアドレスなど、連絡が取れるものを記載してください。

（提出先） 東三河広域連合 福祉事業部 介護保険課（豊橋市職員会館5階）

（提出方法） 郵送、電子メール、ファックス又は持参

郵 送：〒440-0806 愛知県豊橋市八町通二丁目16番地（豊橋市職員会館5階）

東三河広域連合 介護保険課 総務グループ宛て

ファックス：0532-26-8475

電子メール：kaigohoken@union.higashimikawa.lg.jp

※ 郵送にて提出される場合は、封筒に【「東三河広域連合第9期介護保険事業計画（素案）」についての御意見等】と記載してください。

※ メールにて提出される場合は、件名を【「東三河広域連合第9期介護保険事業計画（素案）」についての御意見等】として送信してください。