

## 意見提出用紙

政策等の名称	第9期酒田市高齢者保健福祉計画・酒田市介護保険事業計画		
住所			
氏名			
電話番号		FAX番号	
次の区分に当てはまるものに○を付けてください	ア 本市に住所を有する方      イ 本市に事務所または事業所を有する方 ウ 本市の事務所または事業所に勤務する方      エ 本市の学校に在学する方 オ 本市に納税義務がある方      カ 本件に利害関係を有する方		
意見の提出月日	令和6年 月 日	枚数	枚（本紙含む）

**ご意見を記入してください。**

※ 記入スペースが不足する場合は、別の用紙に記入していただいても構いません。

- お寄せいただいたご意見に対する個別の回答はいたしませんのでご了承ください。
- 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用することがあります。
- ご意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開しません。

### 提出先

住所	〒998-8540 酒田市本町二丁目2-45 酒田市健康福祉部高齢者支援課（本庁舎1階）		
電話番号	0234-26-5363	FAX番号	0234-26-5796
Eメール	kaigo@city.sakata.lg.jp		