

**「第 8 期箱根町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画（素案）」  
に対する意見書**

提出者（必須）	
<p>・氏名 _____</p> <p>・住所 _____</p> <p>・連絡先 _____</p> <p>・提出者区分（※該当する区分にチェックを入れてください）</p> <p> <input type="checkbox"/>町内に住所を有する者                <input type="checkbox"/>町内に別荘を有する者                <input type="checkbox"/>町内で働く者  <input type="checkbox"/>町内で学ぶ者                <input type="checkbox"/>町内で事業を営むもの                <input type="checkbox"/>町内で活動するもの  <input type="checkbox"/>本町に納税義務を有するもの  <input type="checkbox"/>パブリックコメント手続きに係る事案に利害関係を有するもの         </p>	
意見項目（注）	意見記入欄

（注）該当ページ、項目などを記入してください。

— 提出先 —

〒250-0398 箱根町湯本 256 番地

箱根町役場 福祉部福祉課 電話：85-7790 FAX：85-8124

電子メール：web\_fukushi@town.hakone.kanagawa.jp