岡山市第10期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画
（地域包括ケア計画）素案へのご意見記入用紙

お名前 （または団体名）	（ふりがな）
ご住所 （または所在地）	〒　　－
ご連絡先	（電話番号もしくはメールアドレス）
年齢	20 歳未満 ・ 20 歳代 ・ 30 歳代 ・ 40 歳代 ・ 50 歳代 ・ 60 歳代 ・ 70 歳代以上

※企業・団体様の場合は、企業・団体名及び代表者氏名、企業・団体の所在地をご記入ください。

【ご意見記入欄】

ご意見の対象箇所 （あてはまるものに〇）		ご意見の内容（できるだけ簡潔にご記入ください。）
	計画全体	
	第 1 章（計画策定にあたって） 第 2 章（高齢者を取り巻く状況）	
	第 3 章（基本理念・基本目標） 第 4 章（施策展開）	
	第 5 章（介護給付費等の見込み 及び保険料額）	
対象のページ （ページ番号を記入）		

ご意見の対象箇所 （あてはまるものに〇）		ご意見の内容（できるだけ簡潔にご記入ください。）
	計画全体	
	第 1 章（計画策定にあたって） 第 2 章（高齢者を取り巻く状況）	
	第 3 章（基本理念・基本目標） 第 4 章（施策展開）	
	第 5 章（介護給付費等の見込み 及び保険料額）	
対象のページ （ページ番号を記入）		

◆締切日：**令和 9 年1月 4 日（月）17 時 15 分必着**

◆提出先

＜郵送・持参＞　〒700－8544　岡山市北区大供一丁目1番1号
岡山市地域包括ケア推進課

※持参の場合は、土・日・祝・年末年始（令和 8 年 12 月 29 日から令和 9 年 1 月 3 日）を除く 8 時 30 分から 17 時 15 分まで

＜ファクス＞　086－803－1780

＜電子メール＞　tiikihoukatsu@city.okayama.jp