送り状は不要です。このまま送付してください。

（送 付 先）小金井市福祉保健部介護福祉課介護保険係

（電　　話）０４２－３８７－９８２２

（ＦＡＸ）０４２－３８４－２５２４

（提出期限）令和８年１２月１５日（火）必着

住　所	〒
氏　名	ふりがな（匿名不可）
対象者区分	該当するものに☑ □市内在住の方　　□市内在勤の方　　□市内在学の方 □市内に事務所もしくは事業所を有する法人又はその他団体
施策名	第１０期小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画／認知症施策推進計画（素案）
ご意見	※「第１０期小金井市介護保険・高齢者保健福祉総合事業計画／認知症施策推進計画（案）」のページ数などを明示のうえ、ご意見をお寄せください。

※用紙は、市ホームページからもダウンロードが可能です。