

子ども医療費助成に関する事務 全項目評価書（案）に対するご意見

氏 名	
住 所	
【ご意見の内容】（用紙はこれ以外のものでも構いません）	

○募集期間

令和 7 年 11 月 26 日（水）から令和 7 年 12 月 26 日（金）まで

○提出方法

この用紙または氏名・住所を添えた別の書面にてご意見をご記入いただき、下記提出先まで、郵送・ファックス・電子メール（件名は「特定個人情報保護評価 全項目評価書（案）への意見」としてください。）にてお送りいただくか、ご持参ください。

※電話または来庁による口頭でのお申し出につきましては、受付できませんのでご了承ください。

※いただいたご意見につきましては、市の考え方を公表する予定です。

※個人情報は、名古屋市個人情報保護条例に基づき適切に取り扱います。

○提出先・お問い合わせ先

〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号

名古屋市 健康福祉局 生活福祉部 医療福祉課

電話番号：052-972-2574

ファックス番号：052-972-4148

電子メールアドレス：a2574@kenkofukushi.city.nagoya.lg.jp