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 |  |
| 性　別※記入は任意 |  | 年　齢※記入は任意 | 歳代 |
| 【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５年１１月１０日（金）から令和５年１２月１１日（月）まで

○提出方法

　　ご意見は、以下の提出先まで、郵送・ファックス・電子メール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願います。

※いただいたご意見につきましては、本市の考え方とあわせて公表する予定です。

※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

　　名古屋市 健康福祉局 生活福祉部　医療福祉課

　　〒４６０－８５０８　名古屋市中区三の丸三丁目１番１号

　　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