

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ください。

※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