

# 意見投稿用紙

令和 年 月 日

健康福祉局医療援助課 あて

郵便番号：〒 \_\_\_\_\_

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_

横浜市重度障害者の医療費助成に関する条例施行規則の一部改正について、以下のとおり意見を提出します。

(別紙に記載する場合は「別紙に記載」と明記し、意見を記載した別紙を添付してください。)

意見の内容

- ※1：法人又は団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。
- ※2：用紙の大きさは、日本工業規格A4列4番とし、別紙に記載する場合は、ページ番号を明記してください。
- ※3：御提出いただいた御意見の結果は、後日公表させていただきます。
- ※4：御意見を正確に把握する必要があるため、電話による御意見はお受けしていません。また、御提出いただいた御意見に対する個別の回答はいたしかねます。あらかじめ御了承ください。
- ※5：御提出いただいた御意見は、横浜市個人情報の保護に関する条例に則り、適正に管理し、御意見の内容に不明な点があった場合の連絡・確認といった、本案に対する意見公募に関する業務にのみ利用させていただきます。