

【意見提出用紙】

件名（必須）	川越市重度心身障害者医療費支給に関する条例施行規則の一部改正（案）に対する意見募集
（ふりがな） 氏名（必須）	
住所（必須）	〒
連絡先（必須） （いずれか一つを ご記入ください）	<ul style="list-style-type: none"> ・電話番号 () ・ファックス番号 () ・メールアドレス ()
区分（必須）	<p>該当する区分を選択ください</p> <p><input type="checkbox"/> 市内在住</p> <p><input type="checkbox"/> 市内在勤（名称・所在地を記入してください）</p> <p><input type="checkbox"/> 市内在学（名称・所在地を記入してください）</p> <p style="padding-left: 20px;">（名称)</p> <p style="padding-left: 20px;">（所在地)</p> <p><input type="checkbox"/> 利害関係者</p> <p style="padding-left: 20px;">（利害内容)</p>
意見内容（必須）	

※ 上記フォーム以外の形式においても、必要項目が記載されていれば意見書として提出可能です。