

【意見提出用紙】

件名（必須）	川越市子ども医療費の支給対象の認定に関する審査基準(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してください</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 市内在住 <input type="checkbox"/> 市内在勤（名称・所在地を記入してください） <input type="checkbox"/> 市内在学（名称・所在地を記入してください） (名称) (所在地) <input type="checkbox"/> 利害関係者 (利害内容)
意見の対象となるページ及び項目等（必須）	個別の項目ではなく全体に対する意見の場合は「全体への意見」とご記入ください。
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。