

【意見提出用紙】

件名(必須)	川越市子ども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。