

【意見提出用紙】

件名（必須）	川越市ひとり親家庭等医療費支給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） （名称) （所在地)</p> <p><input type="checkbox"/> 利害関係者 （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。