意見提出用紙

**「大阪府国民健康保険運営方針」の一部改定に対する府民意見等の募集について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連　絡　先** | **氏名又は団体名** | **フリガナ** |
| **（団体のご担当者名：　　　　　　　　　）** |
| **住所又は所在地** | **〒　　　－** |
| **電話番号** | **（　　　　　）　　　　－** |
| 電子メールアドレス  （任意） |  |

**※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。**

【個人情報の取扱いについて】

　提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないとともに適正に管理します。

|  |  |
| --- | --- |
| **ご意見・ご提言内容の公表について**  **公表を希望しない場合は、右の□部分を塗りつぶす（■）か**  **チェック（✓）を入れてください。** | **□　公表不可** |
| **ご意見・ご提言いただくのは、子ども・子育て支援金制度の創設に係る「大阪府国民健康保険運営方針」の一部改定する箇所に対するものです。いただいたご意見等のうち該当するものについて公表します。**  **※2,000文字未満で記入をお願いします。** | |
|  | |

【締切】令和７年11月14日（金曜日）24時　（※郵送の場合は、令和７年11月14日（金曜日）消印有効）

【送付先】大阪府健康医療部健康推進室国民健康保険課事業推進グループ　あて

○郵送の場合　　　〒540－8570（府庁専用の番号のため、住所の記載は不要です。）

○ＦＡＸの場合　　ＦＡＸ番号　06-6944-6684