

「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	フリガナ	
	氏名又は団体名	(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