

意見書

題名	「小児医療費助成制度の拡充（案）」に関する意見募集について		
氏名 (団体の場合は、 名称及び代表者名)			
電話番号		FAX番号	
住所 (又は所在地)			
意見の提出日	令和 年 月 日	枚数	枚(本紙を含む)

政策等に対する意見

--	--	--	--

- ・ お寄せいただいた御意見に対する個別回答はいたしませんので御了承ください。
- ・ 記載していただいた個人情報は、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。
また、個人情報は個人情報の保護に関する法律その他の関連規定に基づき厳重に保護・管理されます。
- ・ 御意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開いたしません。

提出先

部署名	こども未来局児童家庭支援・虐待対策室家庭支援担当		
電話番号	044-200-2695	FAX番号	044-200-3638
住所	〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地(川崎市役所本庁舎15階)		