**札幌市国民健康保険保健事業プラン2024（案）**概要版**に対するご意見応募用紙**

切り取ってご利用ください

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢（年代）　　　　　歳代

ご住所　〒　　　　-

◇どのページ・項目へのご意見かが分かるようにご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ・項目 | ご意見 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ＜提出先・お問い合わせ先＞  　札幌市保健福祉局保険医療部保険企画課（国保健康推進担当課）  　〒060-8611　札幌市中央区北1条西2丁目 札幌市役所4階南側  　電話：011-211-2341　FAX：011-218-5182  　E-mail：kokuho@city.sapporo.jp | |

※用紙が足りない場合は、任意の用紙にご記入のうえご提出ください。

（お名前・ご住所・年齢（年代）は必ず記載をお願いします。）

※お名前、ご住所等は、集計以外の目的に用いることはありません。個人情報の保護に関する法律の規定に従って、適切に取り扱います。

1