**第4次広域計画（案）についてのご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在地 | 〒 |
| 氏 名（団体、企業等の方はその名称及び担当者名） |  |
| 連絡先（※いずれか一つで結構です） | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 区分（該当する所を選択してください） | □ 県内に住所を有する方　□ 県内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体　□ 県内に存する事務所又は事業所に勤務する方　□ 県内に存する学校等に在学する方□ 県外に住所を有する広域連合の被保険者の方 |
| ※　住所、氏名、電話番号等は、ご意見に対して的確に広域連合の考え方を整理するため、ご意見の趣旨を確認する場合に必要なものであり、その他の目的に使用することはありません。 |
| ご　　　　　意　　　　　　見 |
| ※該当箇所（条項等）を明記した上でご意見ください。　該当箇所：　ご意見： |

【提出先】(1)郵　送：〒501-6111　岐阜県岐阜市柳津町宮東一丁目1番地

岐阜県後期高齢者医療広域連合　総務課

(2)ＦＡＸ：058-218-2275

(3)電子メール：iryou-kr@gkouiki.jp