**「ニセコ町こども医療費の助成に関する条例の一部改正（案）」、「重度心身障害者及びひとり親家庭等医療費の助成に関する条例の一部改正（案）」に対する意見提出用紙**

**提出先　ニセコ町保健福祉課　行**

**ＴＥＬ　０１３６－４４－２１２１**

**ＦＡＸ　０１３６－４４－３５００**

**Ｍａｉｌ　hoken-i@town.niseko.lg.jp**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 連絡先 | 電　話：  ＦＡＸ：  Ｅﾒｰﾙ ： |
| 住　所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **意見記入欄** |  |
|  | |