意 見 提 出 用 紙

「第３期湯沢市国民健康保険保健事業実施計画（データヘルス計画）」に対するご意見をお寄せください	
氏　　名 (団体等の名称・代表者名)	【必須】
住　　所 (団体等の所在地)	【必須】
電話番号	【必須】 ※意見内容について確認が必要となる場合がありますので連絡先をご記入ください。
意見者の区分 （いずれかに〇）	ア．市内に住所を有する者 イ．市内に通勤又は通学する者（勤務先等：　　） ウ．市内に事務所又は事業所を有する個人及び団体 （事業所名：　　） エ．本事案に利害関係を有する個人及び団体 ※具体的な利害関係 （　　）

※特定の箇所についてのご意見は該当箇所のページ数等をご記入ください。
（該当箇所：　　ページ　　行目）

意見欄

※この用紙に限らず、任意の用紙でも結構です。

ありがとうございました。**令和６年１月１６日（火）【必着】までご提出ください。**

●郵送の場合：〒012-8501　湯沢市佐竹町１番１号　湯沢市市民生活部市民課国保年金班

●ファクシミリの場合：0183-72-9611

●Ｅメールの場合： kokuho-gr@city.yuzawa.lg.jp

●持参の場合：湯沢市役所本庁舎１階　市民課国保年金班
（土・日・祝日以外の午前８時 30 分から午後５時 15 分まで）