**「第四期三重県医療費適正化計画」中間案に対する意見**

【送付先】（郵送宛て先）　〒５１４－８５７０　津市広明町１３番地

三重県医療保健部国民健康保険課　 あて

（ＦＡＸ宛て先）０５９－２２４－２３４０

（メール宛て先） kokuho@pref.mie.lg.jp

【締切】令和６年１月１０日（水曜日） １７時必着

|  |  |
| --- | --- |
| お名前 |  |
| ご住所 | 県　　　　　　　　　　　　市・町 |
| ご連絡先（電話番号等） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 該　当　箇　所  ※該当ページ、項目名等をご記入ください。全般にかかる場合は、「全般」と記入してください。 | 意　　　　　見 |
|  |  |

※　用紙が不足する場合は適宜追加してください。