大台町国民健康保険税の標準保険税率への引上げに係る

意見等提出書

住　　所（※必須）					
氏　　名（※必須）					
電話番号（※必須）		年齢		性別	男　・　女
電子メールアドレス					
意見等提出者の区分 （上記「住所」欄が町内の方は１に○を、それ以外の方は該当する番号に ○印をしてください。）	1　町内に住所を有している 2　町内に事務所又は事業所を有している 3　町内に存する事務所又は事業所に勤務している 4　町内の学校等に通っている 5　パブリックコメントの手続きに係る事案に利害関係を有している				

（ご意見記入欄）※できるだけ『大台町国民健康保険税の標準保険税率への引上げについて』中のページ番号や行数などを具体的にお書き下さい。

※必須項目については、必ずご記入ください。

※法人その他の団体にあっては、「住所」欄に事務所又は事業所の所在地、「氏名」欄に名称及び代表者の氏名をご記入ください。

※意見記入欄が足りないときは、別紙を添付してください。