（様式第7号）

　　　　年　　月　　日

沖縄市定額減税補足給付金（不足額給付）支給業務委託　企画提案質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 沖縄市　健康福祉部　ちゅいしぃじぃ課　 |
| E-mail ：　chuisigia43@city.okinawa.lg.jp |
|  |  |
| 応募申込者の名称 |  |
| 担当者連絡先 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| ＴＥＬ |  |
| E-mail |  |
| 質問内容 |  |

* 質問の締め切りは**、6月16日（月）まで**となります。期日までに電子メールで提出をお願い致します。

尚、回答は、随時ホームページに掲載します。※ 最終回答 6月19日（木）