加西市役所　地域福祉課　行

FAX 0790-43-1801　メール shogaifukushi@city.kasai.lg.jp

**第7期加西市障害福祉計画・第3期加西市障害児福祉計画（案）に対するご意見**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名(団体の場合は名称及び代表者名) | 連絡先（電話番号） |
| 住所又は所在地  （住所が市外の場合、該当するものを選んで番号に○をつけてください。）  1．市内在勤　　　2．市内在学　　　3．その他（市内に事業所を有する等） | |

上記の記述がないものは受付できませんので、ご注意ください。上記の情報は公表しません。意見募集（パブリックコメント）にのみ使用します。

|  |  |
| --- | --- |
| **ご意見がある項目に☑を付けてください。**  （用紙が足りない場合は、コピーしてご利用ください。）  □ 第1部　総論  □ 第2部　第7期障害福祉計画  □ 第3部　第3期障害児福祉計画  □ その他 | |
| ご意見（該当するページ及び行も記入してください） | ページ・行 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

ご意見の応募期間は、令和6年2月12日（祝・月）までです。

〇提出方法　　郵送・FAX・メール・地域福祉課まで持参

〇お問合せ先　〒675-2395加西市福祉部地域福祉課　TEL 0790-42-8725

　　　　　　　　住所 〒675-2395 加西市北条町横尾1000

FAX 0790-43-1801　メール shogaifukushi@city.kasai.lg.jp