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〇をつけてください。） 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