

しょうがいしゃじりつしえんほう みなお かん いけん
障害者自立支援法の見直しに関する意見

へいせい ねん がつ にち
平成 年 月 日

こうせいろうどうしょうしょうがいほけん ふくし ぶき かくか
厚生労働省障害保健福祉部企画課 あて

ゆうびんぼんごう
郵便番号: _____

じゆう しょ
住 所: _____

しめい ちゆう
氏名(注1) _____

でんわぼんごう
電話番号: _____

でんし
電子メールアドレス: _____

こうもく ちゆう
項目(注2)

<input type="checkbox"/> <small>そうだんしえん</small> 相談支援	<input type="checkbox"/> <small>ちいき</small> 地域	<input type="checkbox"/> <small>じりつ</small> における自立した生活のための支援	<input type="checkbox"/> <small>しえん ちいきせいかつしえん じゆうろう</small> (地域生活支援、就労支援等)
<input type="checkbox"/> <small>しょうがいじしえん</small> 障害児支援	<input type="checkbox"/> <small>しょうがいしゃ はんい</small> 障害者の範囲	<input type="checkbox"/> <small>りようしゃふたん</small> 利用者負担	<input type="checkbox"/> <small>ほうしゆう</small> 報酬
<input type="checkbox"/> <small>た</small> その他()			

ないよう
内容

ちゆう ほうじん だんたい
注1 法人・団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

ちゆう いげんないよう がいとう こうもく ひと せんたく
注2 意見内容に該当する項目を一つ選択してください。

またどれにも当てはまらない場合はその他を選択し、項目を記載してください。