

令和X年XX月XX日

しょうにまんせいとくていしっぺいりょうひじゅきゅうしやししょう も かた みな
小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの方のきょうだいの皆さまへ

〇〇都道府県/〇〇市 〇〇部〇〇課

アンケートへのご協力^{きょうりよく}のお願い^{ねが}

わたし けん し
私たち〇〇県/市は、

きょうだいの皆さまに、アンケートをお願いしています。

わたし びょうき こ ぶん しん せいちょう おとな おうえん
私たちは、病気のある子どもが安心して成長し大人になっていくことを応援しています。

それとおなじように、きょうだいである皆さまも安心して日々を過ごし、自分らしく歩んでいけることを応援したいと考えています。それは、皆さまが普段、寂しい思いをしたり、我慢をしたりして、言えない気持ちを抱えていることがあるのではないかと心配しているからです。

そのために、今、皆さまが、日ごろどんなことを感じ、どんなことで困っているのかを教えてくださいと思っています。

みな おし けん し なか びょうき こ わかもの
皆さまが教えてくれたことは、〇〇県/市の中で、病気のある子どもや若者、きょうだいの皆さまをより応援するための「政策（大切な取り組み）」を考えるための、とても大切な情報になります。

ぜひ、難しく考えず、いつもの気持ちをそのまま教えてもらえると嬉しいです。

みな ひとり こえ しえん
皆さま一人ひとりの声が、これからの支援につながっていきます。

<私たちからのお約束>

- アンケートの結果は個人が特定されない形でまとめます。あなたの名前や住んでいる地域などが、外部の人に知られることはありません。
- 「協力したくない」と思った場合は、無理に答える必要はありません。途中でやめることもできます。
- 答えなかったり、途中でやめたりしても、あなたが何らかの悪い影響を受けることはありません。

【アンケートへの^{かいとうほうほう}回答方法】

- パソコンやスマートフォンを^{つか}使って、お^{こた}答えください。
- ^{した}下の^{にじげん}二次元コード^{また}又はリンクからアンケートにつながります。



見本



<https://forms.office.com/r/XXXX>

【^{といあわ}問合^{さき}せ先】

担当： ○○都道府県 ○○部○○課

TEL： 00-0000-0000（平日 9:00～17:00）

E-mail： xxxxx@xx