障害者自立支援法の見直しに関する意見

平成 年 月 日

厚生労働省障害保健福祉部企画課 あて	
	郵便番号: — —
	住 所:
	氏名(注1)
	電話番号:
	電子メールアドレス:
項目(注2)	
□ 相談支援 □地域における自立した生活のための支援(地域生活支援、就労	
支援等) 口障害児支援 口障害者の範囲 口利用者負担 口報酬	
口その他()	
内容	

注1 法人・団体にあっては、その名称及び代表者の氏名を記載してください。

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。