

(意見提出様式)

障害支援区分への見直し（案）に対する意見

厚生労働省障害保健福祉部精神・障害保健課あて

住 所 : _____

氏名(※) : _____

電話番号 : _____

アドレス : _____

(※) 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。

〔 意 見 〕