**第４期稲沢市障害者計画・第７期稲沢市障害福祉計画・第３期稲沢市障害児福祉計画（案）**

**皆さんの御意見をお聞かせください**

|  |  |
| --- | --- |
| 案件名 | 第４期稲沢市障害者計画・第７期稲沢市障害福祉計画  ・第３期稲沢市障害児福祉計画（案） |
| 住所又は所在地 |  |
| 氏名  （法人・団体は名称及び代表者名） |  |
| 電話番号 |  |
| 勤務先又は学校名  （市外に在住の方のみ） |  |
| 御意見欄　（※どの部分に関する意見か、ページ等も明記してください。） | |

* お寄せいただいた御意見は、検討の後に意見の概要とこれに対する回答を公表しますが、個々の御意見に直接回答はしませんので、御了承をお願いします。
* 御意見は、福祉課への持参、郵送、ＦＡＸまたはホームページの提出フォームのいずれかの方法で提出してください。

問合先・送付先

　〒４９２－８２６９　稲沢市稲府町１番地

市民福祉部　福祉課　障害福祉グループ

電　話：０５８７－３２－１２８１（ダイヤルイン）

ＦＡＸ：０５８７－３２－１２１９