**意見提出様式**

**『綾川町障害者基本計画（案）』に対する意見等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **連絡先** | **氏名又は団体名** |  |
| **住所又は所在地** |  |
| **連絡先（電話番号）**  **電子メールアドレス** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ご意見のある計画案名（〇をつけて下さい）** | | | |
| 1. **綾川町障害者基本計画（案）** 2. **綾川町第6期障害福祉計画（案）** 3. **綾川町第2期障害児福祉計画（案）** | | | |
| **意**  **見**    **等** | **頁** | **項　　目** | **内　　　　　　容** |
|  |  |  |

※氏名・団体名、住所・所在地及び連絡先・電子メールアドレス欄は必ず記入してください。

**※【記入例】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **意**  **見**  **等** | **頁** | **項　　目** | **内　　　　　　容** |
| 18 | 第1節　１ | ○○について□□のように変えるべき |

**・提出期限** 　**令和3年2月1日（月）　まで （郵送の場合締切日消印有効）**

**・提 出 先** 　**【郵 送】**　**〒761-2392**　**綾歌郡綾川町滝宮299番地**

**綾川町役場　健康福祉課**

**障害者基本計画担当　宛**

**【ＦＡＸ】**　**087-876-3120**

**【E-mail】**　[**kenkofukushi@town.ayagawa.lg.jp**](mailto:kenkofukushi@town.ayagawa.lg.jp)

**【持　参】**　**綾川町役場　健康福祉課まで**

**・お問い合わせ先**　 **綾川町役場　 健康福祉課** 　**電話**　**087-876-1113**