**岩内町障害者計画・**

**第７期 岩内町障害福祉計画・**

**第３期 岩内町障害児福祉計画（素案）**

**についてご意見をお聞かせください**

この計画に対するご意見を裏面に記入の上、令和６年３月１日（金）までに、備え付けの回収箱に入れるか、岩内町役場健康福祉部社会福祉課【７番窓口】へご持参もしくは郵送・ＦＡＸ・電子メールでご提出願います。

いただいたご意見は、計画策定の参考にいたします。

・提出期限：令和６年３月１日（金）まで

・提出先：備え付けの回収箱

または 岩内町役場 健康福祉部社会福祉課 障がい福祉係 【７番窓口】

・提出方法：持参または郵送　　 〒 045-8555　岩内町字高台134番地１

　　　　　　　　　　　　　　　 岩内町役場健康福祉部社会福祉課（障がい福祉係）

　　　　　　ＦＡＸ　（番　号） ０１３５－６７－７０８３

　　　　　　メール　（アドレス） fukushi@town.iwanai.lg.jp

**－お問合せ－　岩内町役場　健康福祉部社会福祉課（障がい福祉係）**

**☎　０１３５－６７－７０８３**

　　　裏面をご確認下さい。

|  |
| --- |
| ご意見をお書き下さい |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　差し支えなければ、性別、年齢をご記入願います。

　　性別： 男性 ・ 女性　　　年齢　　　歳　　　 ありがとうございました。