第５次松本市障がい者計画（案）に対する

意　見　用　紙

頁	行	意見の内容（楷書体で、簡潔に記入してください）

意見提出者等の区分（当てはまる番号を一つ選択し、○をしてください）

１　市内に居住する方
２　市内に事務所又は事業所を有する事業者又は団体（下欄「その他」）
３　市内の事務所又は事業所に勤務する方
４　市内の学校に在学する方
５　本計画に利害関係を有する方、事業者又は団体

意見提出者等（未記入の場合、お受けすることができません。必ず記入してください。）

住　所		
氏　名		
電話番号		
（２～５の場合）事務所、事業所、学校の名称及び所在地	名　称	
	所在地	
（５の場合）利害関係を有することを証する事項		
提出された意見の概要及び市の考え方一覧表の送付	・希望する　　・希望しない　（どちらかに○） （一覧表は、市のホームページに掲載します）	

※　ご記入いただいた氏名等の個人情報は、他の目的には一切使用しません。
※　令和８年１２月２０日（日）までに以下の方法により提出してください。
　　松本市健康福祉部障がい福祉課へ提出、郵送、ＦＡＸ、又は電子メール
　　〒３９０－８６２０　松本市丸の内３番７号　　ＦＡＸ　０２６３－３６－９１１９
　　電子メール　s－fukusi@city.matsumoto.lg.jp