【パブリックコメント記入用紙】

「第８期茅ヶ崎市障がい者保健福祉計画（素案）」に対するご意見を募集しています。

◆応募資格　①茅ヶ崎市内在住の方
②茅ヶ崎市内在勤・在学の方、茅ヶ崎市内で事業活動等をされている方、茅ヶ崎市に納税されている方

◆実施期間　令和８年１１月２７日（金）～ 令和９年１月５日（火）

◆応募方法　この用紙を、郵便・信書便又はファクシミリで送付するか、本資料配布場所の「ご意見募集箱」にお入れください。なお、市のホームページや携帯電話からアクセスできる携帯版ウェブサイトからもご応募いただけます。

①郵便・信書便の送付先　〒２５３－８６８６　茅ヶ崎市茅ヶ崎一丁目１番１号
茅ヶ崎市福祉部障がい福祉課障がい福祉推進担当

②ファクシミリの送付先　０４６７－８２－５１５７

③配布場所での提出先　この資料を配布している次の窓口の「ご意見募集箱」にお入れください。

市役所分庁舎２階障がい福祉課、本庁舎１階市政情報コーナー、市民活動サポートセンター、辻堂駅前出張所、香川駅前出張所、ハマミーナ出張所、小出支所、男女共同参画推進センターいこりあ、保健所、市立病院、博物館、小和田公民館、鶴嶺公民館、松林公民館、南湖公民館、香川公民館、青少年会館、茅ヶ崎公園体験学習センターうみかぜテラス、図書館

④・市ホームページ　https://www.city.chigasaki.kanagawa.jp/ public/index.html
・(携帯版)市ホームページ　http://mobile.city.chigasaki.kanagawa.jp/public/index.html

茅ヶ崎市HP

◆提出いただいたご意見の取り扱い

○提出いただいたご意見は、内容ごとに整理・分類した上で、ご意見及びこれに対する茅ヶ崎市の考え方とともに令和９年３月頃に公表いたします。
○ご意見の公表の際には、ご意見の内容以外のご住所、お名前、団体名などは公表いたしません。
○個々のご意見に対して、直接、個別の回答はいたしませんので、あらかじめご了承ください。

【ご意見記入欄】

※この記入欄に書ききれない場合は、別紙を添付又は裏面をご利用ください。

ご住所：

お名前又は団体名：

年齢（○で囲んでください）：　10 代以下　20 代　30 代　40 代　50 代　60 代　70 代以上

（茅ヶ崎市内在住でない方のみ）
勤務先、学校名、事業活動等の内容等：

※ご住所・お名前又は団体名、勤務先等（市外在住の場合のみ）のご記入をお願いいたします。ご記入のないものについては、受け付けできないことがありますのでご注意ください。

パブリックコメントにご協力いただきありがとうございました。

お問い合わせ：茅ヶ崎市福祉部障がい福祉課障がい福祉推進担当　電話 0467-81-7159

【ご意見記入欄】