

令和2年10月26日

小牧市障害者自立支援協議会  
委員各位

小牧市障害者自立支援協議会  
こども連絡会代表 御手洗真由美

医療的ケアを必要とする方に関するアンケート調査票（案）  
の確認について（依頼）

日頃は、障がい福祉事業にご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、昨今の医療技術の進歩により医療的ケアを必要とする障がい児が増えてきており、小牧市でもその支援体制づくりが求められているところです。

そこで、この度、医療的ケア児の現状や、支援を行う事業所の体制を把握することを目的としてアンケート調査を実施することとしました。

つきましては、大変お忙しいところ恐縮ですが、添付の調査票（案）にお目通しいただき、お気づきの点などありましたら11月10日（火）までに事務局へFAXもしくはメールにてご返信いただきますようお願い申し上げます。

記

〔送付内容〕

- 1 ご本人・ご家族あてアンケート調査票（案）
- 2 事業所あてアンケート調査票（案）

《お問合せ先》

小牧市障害者自立支援協議会事務局

（小牧市社会福祉協議会内）担当：伊藤・田中

〒485-0041 小牧市小牧5丁目407番地

電話（0568）65-7050 FAX（0568）75-2666

E-mail：[shakyo-soudan@k-net.or.jp](mailto:shakyo-soudan@k-net.or.jp)

FAX (0568) 75-2666

小牧市社会福祉協議会 伊藤行

医療的ケアを必要とする方に関するアンケート調査票

意見書

お名前 \_\_\_\_\_

案	設問Noなど	ご意見
ご本人・ ご家族あ て		<p>(○印をお付けください。)</p> <p>訂正なし      ・      訂正あり</p> <p>※ご意見がある場合には以下にご記入ください。</p>
事業所あ て		<p>(○印をお付けください。)</p> <p>訂正なし      ・      訂正あり</p> <p>※ご意見がある場合には以下にご記入ください。</p>

※書ききれない場合は、任意の用紙を追加してください。