

障害福祉計画の改定に係る意見照会シート

所属	会議体名	氏名

※記載欄が不足する場合は、適宜、欄を増やしてください。

【提出先】 FAX：06-6489-6351

メールアドレス：ama-shogaikeikaku@city.amagasaki.hyogo.jp

【提出期限】 **令和5年9月8日（金）厳守**

1. 【資料1】尼崎市障害福祉計画（第7期）における成果目標（案）

成果目標	
(意見内容)	
成果目標	
(意見内容)	
成果目標	
(意見内容)	

2. 【資料2】尼崎市障害福祉計画（第7期）における見込みと確保の方策（活動指標（案））

活動指標（サービスの種類）	
(意見内容)	
活動指標（サービスの種類）	
(意見内容)	
活動指標（サービスの種類）	
(意見内容)	