

パブリック・コメント意見提出用紙

題名	三郷市在宅重度心身障害者手当支給条例の一部を改正する条例(案)について	
意見提出日	令和 年 月 日	
氏名(任意)		
住所(任意)		
電話番号(任意)		
あなたの立場に該当する番号に○をつけてください。(必須)	1. 市内に住所を有するかた 2. 市内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体 3. 市内の事務所又は事業所に勤務するかた 4. 市内の学校に在学するかた 5. 本市に対して納税義務を有するかた 6. 本事業案について利害関係を有するかた 具体的に()	
◎意見募集項目	三郷市在宅重度心身障害者手当支給条例の一部を改正する条例(案)	
◎下記「番号」欄に、上記の項目番号を明記したうえで、ご意見をお書きください。		
番号	該当ページ	ご意見(必須)

提出期限 令和8年6月25日(木)

◎ご記入いただいた住所、氏名、電話番号は、提出いただいた意見の内容に不明な点があった場合等の連絡・確認に利用する場合があります。

◎提出されました意見については、集約して市ホームページに掲載しますが、住所、氏名などの個人情報については掲載しません。

〈提出先及び問合せ先〉

〒341-8501 三郷市花和田648-1 三郷市役所 障がい福祉課 給付係 あて

TEL:048(930)7779(直通) FAX:048(953)7785