

事 務 連 絡  
平成 27 年 6 月 4 日

各市町村障害福祉主管課  
相談支援事業ご担当者様

神奈川県 保健福祉局 福祉部  
障害福祉課 地域生活支援グループ

障害者相談支援事業の実施状況等について（依頼）

標記について、厚生労働省から別添のとおり調査依頼がありましたので、添付の調査票に必要事項をご記入いただき、7月8日（水）までにご回答くださるようお願いいたします。

なお、本調査の集計結果につきましては、厚生労働省において公表が予定されていることを申し添えます。

- 1 提出期限                    平成 27 年 7 月 8 日（水）
- 2 提出方法                    「02 回答ファイル（市町村用）」に必要事項をご記入いただき、次のアドレスあて電子媒体でご送付ください。

[chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.jp](mailto:chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.jp)

※回答ご記入にあたっては、厚生労働省からの事務連絡に掲載されている「4 留意事項」もご参照ください。

※「02 回答ファイル（市町村用）」のご提出の際は、回答欄の右横に回答の正誤チェックを表示するようにしていますので、すべてのチェックが「TRUE」になっていることを確認の上、提出をお願いします。

（	問い合わせ    佐藤（幸）
	電話        045-210-1111（内）4721
	E-mail <a href="mailto:satou.3fn@pref.kanagawa.jp">satou.3fn@pref.kanagawa.jp</a>