

この様式（2枚組）に御記入の上、そのままお送りください

【FAX：03-3581-0992】

様式2

内閣府政策統括官(共生社会政策担当)付障害者施策担当 宛

障害について知ってほしいこと

居住する市区町村名（番地等は不要）を記入し、該当する番号に を付して下さい。

市区町村名 _____ 都 道 市 区
府 県 町 村

性別 1. 男 2. 女

年齢 1. 20歳未満 2. 20歳～29歳 3. 30歳～39歳
4. 40歳～49歳 5. 50歳～59歳 6. 60歳～69歳
7. 70歳以上

職業 1. 福祉関係 2. 教育関係 3. 医療関係
4. 1～3以外の職業 5. 無 職

差し支えなければ、以下についてもお答えください

障害の有無 1. 有 2. 無

「1. 有」と答えた方は、障害の種類をお教えてください。

1. 身体障害 2. 知的障害 3. 精神障害 4. その他

「2. 無」と答えた方は、次のことについてお教えてください。

1. 家族に障害のある方がいる
2. 近隣に障害のある方が住んでいる
3. 職場に障害のある方がいる
4. その他上記以外に日常的に障害のある方と接する機会がある
5. 障害のある方と接する機会はほとんどない

「障害について知ってほしいこと」を、1,000字以内で御記入願います。

御協力ありがとうございました