

令和元年度 愛知県医療的ケア児者実態調査の御協力をお願い

各位

日ごろから、愛知県の障害福祉施策に御理解と御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

愛知県では、地域で暮らす医療的ケアを必要とする皆様方やその御家族の状況を調査し、今後の障害福祉施策向上のための基礎資料とするため、次のとおりアンケート調査を実施することといたしました。

つきましては、お忙しいこととは思いますが、何卒調査への御協力をお願いいたします。

- この調査票は、医療的ケアを必要とする皆様のお手元に漏れなく届くようにするため、様々な場所から広く配布しています（医療機関、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所、保健所、学校など）。

本県では対象の方々がどこにお住まいか把握していないため、調査票をお届けする方法として、利用されている機関からの配布をお願いしたものです。配布元機関から県へは配布された方に関する個人情報は一切提供されません。

- この調査票が2通以上お手元に届いた場合は、**1通だけ御回答ください**。2通目以上の調査票は必ず破棄するか、受け取らずにお戻しください。
- 本調査は原則、無記名です。集計結果は統計データとしてのみ一般に公開しますが、個人情報が公になることはありません。回答欄に御記入いただいた内容については厳正に管理し、結果は統計的に処理し回答内容から個人を特定することはありませんので、安心して御回答ください。
- 回答いただいた調査内容は、障害福祉施策の基礎資料とするためお住まいの市町村に提供させていただきます。

記入した調査票は配布した「返信用封筒」に入れて、

令和元年10月31日（木）までに

投函してください。

（切手を貼ったり、封筒に名前や住所を記入する必要はありません）

- なお、避難行動要支援者の把握を目的として、お住まいの市町村に個人情報をお渡しいただくことに同意いただける方は、裏面の枠内に氏名・連絡先等を御記入の上、調査票とともに「返信用封筒」に入れて御返送ください。この個人情報は調査票の集計とは別に管理し、市町村へ提供します。調査票の回答と結びつけることはありませんし、個人情報を本県が保管することは致しません。

避難行動要支援者の把握を目的として個人情報各市町村に提供することに同意していただける方は、次の枠内に医療的ケア児者のご氏名等を御記入ください。
調査票とあわせて御返信ください。

フリガナ	
氏名	
住所	〒 ー
生年月日（年齢）	平成・昭和 年 月 日 （年齢 満 歳）
性別	男 ・ 女
電話番号	
メールアドレス	

御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

担当・お問い合わせ先

愛知県福祉局福祉部障害福祉課 障害者施設整備室（重症心身障害児者施設グループ）
〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
TEL 052-954-6629
FAX 052-954-6920