



送り状は不要です。このまま送付してください。

(送付先) 小金井市福祉保健部地域福祉課地域福祉係

(電話) 042-387-9915

(FAX) 042-384-2524

(提出期限) 令和7年2月14日(金) 必着

住所	〒
氏名	ふりがな(匿名不可)
対象者区分	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市内在住の方 <input type="checkbox"/> 市内在勤の方 <input type="checkbox"/> 市内在学の方 <input type="checkbox"/> 市内に事務所もしくは事業所を有する法人又はその他団体
施策名	小金井市重層的支援体制整備事業実施計画(案)
ご意見	※「小金井市重層的支援体制整備事業実施計画(案)」のページ数などを明示のうえ、ご意見をお寄せください。

※用紙は、市ホームページからもダウンロードが可能です。