

「第4期大阪府ホームレスの自立の支援等に関する実施計画（案）」に対するご意見・ご提言

連絡先	氏名又は団体名	フリガナ
	住所又は所在地	〒 ー
	電話番号 (団体の場合ご担当者名)	() ー (ご担当者:)
	電子メールアドレス (お持ちの方のみ)	

※上記【連絡先】欄内に記入していただいた事項については公表しません。

※該当する項目の□を黒く塗りつぶしてください（□印から■印に変更してください）		
	該 当 項 目	該 当 ペ ー ジ
該 当 項 目	<input type="checkbox"/> 1. はじめに	
	<input type="checkbox"/> 2. ホームレスの現状	
	<input type="checkbox"/> 3. 大阪府におけるホームレス自立支援施策の基本的方針	
	<input type="checkbox"/> 4. 大阪府におけるホームレス自立支援施策の取組み（全般）	
	<input type="checkbox"/> (1) 巡回相談指導事業による伴走型支援の実施	
	<input type="checkbox"/> (2) 保健・医療の確保	
	<input type="checkbox"/> (3) 生活保護の実施	
	<input type="checkbox"/> (4) 就業機会の確保・就労支援	
	<input type="checkbox"/> (5) 安定した居住場所の確保	
	<input type="checkbox"/> (6) ホームレスとなることを余儀なくされるおそれのある者に対する支援	
	<input type="checkbox"/> (7) ホームレスの人権擁護	
	<input type="checkbox"/> (8) 地域における生活環境の改善	
	<input type="checkbox"/> (9) 地域における安全の確保等	
	<input type="checkbox"/> (10) 民間団体等との連携	
<input type="checkbox"/> 5. 計画の推進及び見直し		
ご意見等の内容	ご意見等を公表してよろしいですか？ <small>(ご意見等の内容については原則として公開します。公表を希望しない場合、右の欄の□印を■印に変更してください)</small>	<input type="checkbox"/> 公表不可

【締 切】平成31年3月11日（月曜日）（※郵送の場合は消印有効）

【送付先】大阪府 福祉部 地域福祉推進室 地域福祉課 企画推進グループ あて

○郵送の場合 〒540-8570 大阪府大阪市中央区大手前2丁目

○FAXの場合 FAX番号 06-6944-6681

【個人情報の取扱いについて】

提出された意見の内容を確認させていただく場合があることから、氏名・住所・電話番号等の連絡先の記載をお願いしています。

これらの個人情報については公表せず、他の目的に利用・提供しないととも適正に管理します。