

令和X年XX月XX日

しょうにまんせいとくていしっぺいいりょうひじゅきゅうしゃしょう も かた みな
小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの方のきょうだいの皆さまへ

〇〇都道府県/〇〇市 〇〇部〇〇課

アンケートへのご協力^{きょうりよく}のお願い^{ねが}

わたし けん し
私たち〇〇県/市は、

きょうだいの皆さまに、アンケートをお願いしています。

わたし びょうき こ あんしん せいちょう おとな おうえん
私たちは、病気のある子どもが安心して成長し大人になっていくことを応援しています。
それと同じように、きょうだいである皆さまも安心して日々を過ごし、自分らしく歩んでい
けることを応援したいと考えています。それは、皆さまが普段、寂しい思いをしたり、我慢
をしたりして、言えない気持ちを抱えていることがあるのではないかと心配しているからで
す。

いま みな ひ かん こま おし
そのために、今、皆さまが、日ごろどんなことを感じ、どんなことで困っているのかを教
えてほしいと思っています。

みな おし けん し なか びょうき こ わかもの
皆さまが教えてくれたことは、〇〇県/市の中で、病気のある子どもや若者、きょうだい
の皆さまをより応援するための「政策（大切な取り組み）」を考えるための、とても大切な
じょうほう
情報になります。

むずか かんが き も おし うれ
ぜひ、難しく考えず、いつもの気持ちをそのまま教えてもらえると嬉しいです。

みな ひとり こえ し えん
皆さま一人ひとりの声が、これからの支援につながっていきます。

＜私たち^{わたし}からのお約束^{やくそく}

- 〇 アンケートの結果は個人^{こじん}が特定^{とくてい}されない形^{かたち}でまとめます。あなたの名前^{なまえ}や住んでいる
ちいき
地域^{ちいき}などが、外部^{がいぶ}の人に知られることはありません。
- 〇 「協力^{きょうりよく}したくない」と思った場合^{おも}は、無理^{ばあい}に答^むえる必要^{こた}はありません。途中^{とちゅう}でやめる
こともできます。
- 〇 答^{こた}えなかったり、途中でやめたりしても、あなたが何らかの悪い影^{なん}響^{わる}えい^{えい}響^{きょう}を受けることは
ありません。

【アンケートへの回答方法^{かいとうほうほう}】

- パソコンやスマートフォンを使^{つか}って、お答^{こた}えください。
- 下^{した}の二^に次^じ元^{げん}コード又^{また}はリンクからアンケートにつながります。



見本



<https://forms.office.com/r/XXXX>

【問^{とい}合^{あわ}せ先^{さき}】

担当： ○○都道府県 ○○部○○課

TEL： 00-0000-0000（平日 9:00～17:00）

E-mail： xxxxx@xx