

令和 年 月 日

小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの方の保護者の皆様

〇〇都道府県/〇〇市 〇〇部〇〇課

**小児慢性特定疾病児童等自立支援事業に関する、
ニーズや困りごとを把握する調査票へのご協力のお願い**

平素は、（自治体名）保健衛生行政にご理解、ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

この度、本（県/市）の小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの児童等の自立を支援する事業（小児慢性特定疾病児童等自立支援事業）の内容を検討する際に活用させていただきたく、小児慢性特定疾病児童等とそのきょうだいの皆様の生活の状況、お困りのこと、また、必要とされている支援等を把握するため、アンケート調査を実施いたします。

本調査は、（自治体名）において、小児慢性特定疾病児童等とそのきょうだいが日ごろ抱えている悩みやこれからの思いなどを丁寧にくみ取り、その声を今後の支援に活かすためのものです。小学生以上の、小児慢性特定疾病受給者証をお持ちの方とそのきょうだいの皆様を対象に（自治体名）が実施するものです。ご自身の気持ちなどを言葉に表すことが難しい小学生以上の方は、保護者と対話しながらご回答をいただけると幸いです。ご自身で回答が可能な方については、是非とも自身でご回答をいただけると幸いです。

保護者の方向けの調査票と同じ質問もいくつか設けており、保護者の方向けの調査と合わせて小児慢性特定疾病児童等とその家族の皆様のニーズをより正確かつ丁寧にくみ取ることを狙いとしています。

ご回答いただいた内容は、統計的に処理し、今後、本（県/市）における支援の在り方や、必要な支援を検討するための基礎資料として活用させていただきます。なお、個人が特定される形で公表されることはありません。

今後の本（県/市）における支援策等を検討するうえで重要な調査となりますので、ご多忙の折、誠に恐縮でございますが、ご協力いただきますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

記

Ⅰ. アンケートの詳細

- アンケートは、小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの方（中学生以上向け、小学生向け）及びきょうだいの皆様用（中学生以上向け、小学生向け）の2種類がございます。
- いただいた回答やご意見は、本（県/市）の小児慢性特定疾病児童等自立支援事業の検討のためのみに使用し、それ以外の目的には使用しません。また、個人を特定可能な状態で公表されることはありません。
- ご回答される時点の状況について、お答えください。
- ご回答は、令和×年×月×日（×）までにお願いします。

2. アンケートの回答方法

同封の調査票に御記入の上、返信用封筒にて投函してください(切手不要)。

※Web フォームでの回答を併用する場合は、以下のように URL や二次元コードを調査票に記載してください。

次の URL 又は二次元コードから、ご回答をお願いします。

小児慢性特定疾病医療費受給者証をお持ちの方用

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



きょうだいの皆様用

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



<問合せ窓口>

担当：〇〇都道府県 〇〇部〇〇課

TEL：00-0000-0000 (平日 9:00～17:00)

E-mail：xxxxx@xx