

手続き申込

アンケート説明画面

[ホーム](#) > [オンライン申請手続き](#) > [手続き説明](#)

手続き説明

 **申込期間ではありません。**

手続き名	第5期春日部市障害者計画策定に係るアンケート様式（障がい者用）
説明	<p>障害者計画策定のためのアンケートにご協力ください</p> <p>日ごろより市政にご理解とご協力をいただき、誠にありがとうございます。</p> <p>このアンケート調査は、令和9年度から令和14年度までを計画期間とする第5期春日部市障害者計画の策定にあたり、障がいのある方々の日常生活の現状や将来への希望などを伺い、施策の改善や充実を図る資料とすることを目的としています。</p> <p>調査の対象者は、令和8年1月1日時点で無作為抽出を行っています。</p> <p>回答は無記名で、結果は統計的に処理しますので、個人が特定されたり、個別の回答が公表されたりすることはありません。</p> <p>調査の趣旨をご理解いただき、率直なお考えやお気持ちをお答えくださいますようお願いいたします。</p> <p>ご記入にあたってのお願い</p> <ol style="list-style-type: none"> この調査は無記名でお願いしています。個人の秘密は守られますので、普段思っていることをありのままに教えてください。答えたくないことは無理に答えなくても構いません。 各質問はご本人におたずねしています。ご本人の入力が難しい場合には、ご家族や介助者、施設職員のかたなどが本人の意見を聞き、入力してください。本人の意見を確認することが難しい場合は、代理の方が判断して記入してください。 質問への回答は、あてはまる番号を選ぶほか、入力欄に直接ご入力いただくものがあります。また、質問によって選んでいただく数を「1つ」「3つまで」など指定していることがありますので、質問文をよく読んでお答えください。 入力が終わりましたら、画面の指示に従って2月13日（金）までに回答を完了してください。
受付時期	2099年1月1日0時00分～2099年12月31日0時00分
問い合わせ先	春日部市福祉部障がい者支援課
電話番号	048-736-1131
FAX番号	048-733-0220
メールアドレス	shogai@city.kasukabe.lg.jp



一覧へ戻る

電子申請サービス（利用者側）

お問い合わせ先：

【固定電話】

TEL:0120-464-119（無料）

【携帯電話】

TEL:0570-041-001（有料）

平日 9:00～17:00 年末年始除く

FAX:06-6455-3268

e-mail:help-shinsei-saitama@s-kantan.com

お問い合わせ

各手続き等の内容 に関するお問い合わせ

各手続きの問い合わせ先を確認し、ご連絡ください。

サポート

[ヘルプ](#)

[よくあるご質問](#)

配色変更

本サービスの配色を変更することができます。



プレビュー 第5期春日部市障害者計画策定に係るアンケート 様式（障がい者用）

アンケート回答画面

第5期春日部市障害者計画策定に係るアンケート様式（障がい者用）

整理番号を入力してください。 **必須**

アンケート用紙に記載されている4桁の整理番号を、半角数字で入力してください。

障がいのある方ご本人について

問1 このアンケートを入力される方は、どなたですか。 **必須**

いずれか1つを選択。

- 1 本人
- 2 本人の意見を聞き、家族などが代理入力
- 3 本人の意見を確認できないため、家族などが判断して入力

問2 (1) あなたの年齢を教えてください。 **必須**

いずれか1つを選択。

- 1 0～17歳
- 2 18歳～39歳
- 3 40歳～64歳
- 4 65歳～74歳
- 5 74歳以上

問2 (2) あなたの性別を教えてください。 **必須**

いずれか1つを選択。

- 男性
- 女性
- その他・答えない

問3 (1) あなたは身体障害者手帳をお持ちですか。 **必須**

いずれか1つを選択。

- 持っている
- 持っていない

分からない

身体障害者手帳の等級について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

当てはまるものを1つ選択。

- 1級
- 2級
- 3級
- 4級
- 5級
- 6級

問3 (2) あなたは療育手帳をお持ちですか。

必須

いずれか1つを選択。

- 持っている
- 持っていない
- 分からない

療育手帳の等級について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

当てはまるものを1つ選択。

- AO (実際は丸の中にAと書かれています)
- A
- B
- C

問3 (3) あなたは精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

必須

いずれか1つを選択。

- 持っている
- 持っていない
- 分からない

精神障害者保健福祉手帳の等級について

選択肢の結果によって入力条件が変わります

当てはまるものを1つ選択。

- 1級
- 2級
- 3級

問3-2（身体障害者手帳をお持ちの方）どのような障害がありますか。

選択肢の結果によって入力条件が変わります

当てはまるものを5つまで選択。

- 視覚障害
- 聴覚・平衡機能障害
- 音声・言語機能障害・そしゃく機能障害
- 肢体不自由（全身性障害）
- 肢体不自由（上肢）
- 肢体不自由（下肢）
- 肢体不自由（右または左半身麻痺）
- 内部障害（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこうまたは直腸など）
- その他（具体的な内容を下のテキストボックスに入力してください）

問4 日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けていますか **必須**

例：導尿、経管栄養、痰の吸引など。いずれか1つを選択。

- 受けている
- 受けていない
- わからない

問5 難病または小児慢性特定疾病と診断されたことはありますか **必須**

いずれか1つを選択。

- ある
- ない
- わからない

問6 発達障害と診断されたことはありますか **必須**

いずれか1つを選択。

- ある
- ない
- わからない

問7（発達障害があると診断された方）あなたは現在どのような診断を受けていますか を選択してください。 **選択肢の結果によって入力条件が変わります**

当てはまるものを5つまで選択。

- 自閉スペクトラム症（広汎性発達障害）
- 限局性学習障害（学習障害）

注意欠如多動症 (ADHD)

その他 (以下のテキストボックスに具体的に入力してください)

特に診断は受けていない

閉じる

電子申請サービス (利用者側)

お問い合わせ先:

【固定電話】

TEL: 0120-464-119 (無料)

【携帯電話】

TEL: 0570-041-001 (有料)

平日 9:00~17:00 年末年始除く

FAX: 06-6455-3268

e-mail: help-shinsei-saitama@s-kantan.com