

## 【 パブリックコメント実施要領 】

### 「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」に関する意見募集

#### 1 意見募集の対象

昭島市では、平成18年の医療制度改革において、医療保険者に内臓脂肪型肥満に着目した特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられたことから、平成19年度に「第1期昭島市特定健康診査等実施計画」を策定し、特定健康診査等を実施しています。この計画は5年ごとに見直しを行うこととされており、次期計画にあたる「第2期昭島市特定健康診査等実施計画」の策定に関し、昭島市国民健康保険運営協議会に諮問し、意見を伺いながら策定作業を進めてまいりました。この度、「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」を取りまとめましたので、この内容に関し、広く市民の皆様のご意見を募集いたします。

#### 2 意見の募集期間

平成25年1月9日（水）から平成25年2月8日（金）17時まで（必着）

※郵送による場合は2月8日の消印有効

#### 3 資料の入手方法

「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」は、次の方法で入手・閲覧することができます。

##### (1) インターネットによる閲覧・ダウンロード

昭島市ホームページ（第2期昭島市特定健康診査等実施計画）

[http://www.city.akishima.lg.jp/1050pubcom/pub\\_iken/pkome\\_kenshin\\_iken.htm](http://www.city.akishima.lg.jp/1050pubcom/pub_iken/pkome_kenshin_iken.htm)

##### (2) 窓口での配付・閲覧

次の窓口で配付します。また、閲覧することもできます。

◇市役所1階総合案内カウンター ◇市役所1階保健福祉部保険年金課保険係

◇東部出張所 ◇市民交流センター ◇勤労商工市民センター

◇あいぼっく（保健福祉センター） ◇各高齢者福祉センター ◇水道部

◇総合スポーツセンター ◇市民会館・公民館 ◇市民図書館 ◇各市立会館

◇環境コミュニケーションセンター

##### (3) 郵送での配付

郵送による送付を希望される方は、切手180円分を貼付した返信用封筒（A4サイズの冊子が入るものに、住所、氏名及び郵便番号並びに赤字で「ゆうメール」の文字を明記）を同封のうえ、下記まで送付してください。

送付先 〒196-8511 昭島市田中町1-17-1 昭島市保健福祉部保険年金課保険係 宛

##### (4) 視覚に障害のある方で、「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」の内容について情報入手を希望する方は、本実施要領の6に記載する問い合わせ先まで連絡してください。

#### 4 意見の提出方法

次のいずれかの方法で意見書を提出してください。意見書の様式は、この要領の最後に添付してあります。（※添付した様式を直接使用しなくても、様式の内容を項目順にすべて記載していただければ、意見を提出する方の作成したものでかまいません。）なお、意見書の不備など意見書を提出していただいた方に連絡が必要な場合もあります。意見の提出者の連絡先に関する事項「氏名（企業・団体の場合は名称）、住所及び電話番号」は、明記していただきますようお願いいたします。

【裏面につづく】

(1) 持参

- ① 意見書の様式に従い、A4サイズで意見書を作成し、直接提出先に持参してください。
- ② 提出先 市役所1階保健福祉部保険年金課保険係

(2) 郵送

- ① 意見書の様式に従い、A4サイズで意見書を作成し、封書で送付してください。なお、封筒に朱書きで「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）に関する意見」と記載してください。
- ② 郵送先

〒196-8511 昭島市田中町1-17-1 昭島市保健福祉部保険年金課保険係 宛

(3) FAX

- ① 意見書の様式に従い、A4サイズで意見書を作成し、送信してください。
- ② 送信先 ファクシミリ番号：042-544-5115

(4) 電子メール

- ① 意見書の様式に従い、テキスト形式で送信してください。URLへの直接リンクによるご意見はお受けできませんので、あらかじめご了承ください。なお、電子メールの件名は「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」としてください。また、氏名、住所及び連絡先は必ず本文中に記載してください。

② 送信先

電子メールアドレス [hokennenkinka@city.akishima.lg.jp](mailto:hokennenkinka@city.akishima.lg.jp)

※電話でのご意見はお受けできませんので、あらかじめご了承ください。

## 5 注意事項

- (1) 意見書は、A4サイズで作成してください。
- (2) 意見書は、日本語で作成してください。
- (3) 提出いただいたご意見については、氏名、住所及び電話番号を除き、すべて公開される可能性があることを、あらかじめご承知おきください。
- (4) 募集期間内に到着しなかったもの及び下記のいずれかに該当するものについては、無効とします。
  - ① 個人や特定の団体を誹謗中傷するもの
  - ② 個人や特定の団体の財産又はプライバシーを侵害するもの
  - ③ 個人や特定の団体の著作権を侵害するもの
  - ④ 公序良俗に反するもの
  - ⑤ 営業活動等営利を目的としたもの
- (5) ご提出いただきましたご意見に対する個別の回答はいたしかねますのでご了承ください。

## 6 問い合わせ先

昭島市保健福祉部保険年金課保険係 電話番号042-544-5111内線2032

《意見書書式》

パブリックコメントに関する意見書

件名	「第2期昭島市特定健康診査等実施計画（素案）」に関する意見
意見の提出先	昭島市保健福祉部保険年金課保険係 宛 ◇住所 : 〒196-8511 昭島市田中町 1-17-1 ◇ファクシミリ番号 : 042-544-5115 ◇電子メールアドレス : hokenenkinka@city.akishima.lg.jp ◇電話番号 : 042-544-5111 内線2032
意見の提出者	【氏名（企業・団体の場合は、企業・団体名、部署名及び担当者名）】
	【〒番号】 〒     —
	【住所】
	【電話番号】             —     —
ご意見	◇意見及び理由を記載してください ◇ページや太字の項目名を記載するなど、どの部分についてのご意見か、該当箇所がわかるように明記してください。

