

## 子ども・子育て情報

### ▼子ども育成課からのお知らせ▼

#### 私立幼稚園等の保育料・入園料を補助します

私立幼稚園や幼稚園類似の児童施設に通園している児童の保護者に入園料及び保育料の一部を補助します。各幼稚園を通して申請書を配布していますので、幼稚園に申請してください。途中入園や転入された方など、申請書がない方は市役所へ直接申請してください。

#### ■「私立幼稚園就園奨励費補助金」

**対象**私立幼稚園、認定こども園に通園している児童の保護者

**補助金額表1**参照(年1回、3月振込)

表1 私立幼稚園就園奨励費補助金

平成23年度 世帯の市民税所得割額	補助限度額(年額)		
	第1子	第2子	第3子以降
生活保護世帯	223,200円	264,000円 (244,000円)	303,000円 (303,000円)
非課税	193,200円	249,000円 (222,000円)	303,000円 (303,000円)
所得割が非課税			
所得割額34,500円以下	109,200円	207,000円 (159,000円)	303,000円 (303,000円)
所得割額183,000円以下	57,100円	175,000円 (111,000円)	303,000円 (303,000円)

※補助限度額について、同一世帯に小学1~3年生の兄・姉がいる場合は、その子を第1子とみなし、通園の児童を第2子・第3子とし、( )内の金額を適用します。

#### ■「私立幼稚園児保護者補助金」

**対象**私立幼稚園、幼稚園類似の児童施設、認定こども園に通園している児童の保護者

## 健康・医療情報

### 65歳以上の方を対象に、

#### 肺炎球菌予防接種費用を助成します

肺炎球菌性肺炎は、成人肺炎の25~40%を占め、特に高齢者での重篤化が問題になっています。肺炎球菌ワクチンは、肺炎のすべてを防ぐワクチンではありませんが、接種することによって、肺炎球菌による肺炎の予防や、肺炎にかかってしまっても症状を軽くするのに有効です。

**対象**市内在住で、接種日当日に65歳以上の方  
※過去に接種を受けた方は、接種日から5年経過した場合に限ります。

**接種回数**1回

**接種場所**市内指定医療機関

**定員**500人(申込み多数の場合、責任抽選)

**接種期間**7月15日(金)~10月31日(月)

**費用助成額**4,000円(助成額を差し引いた額を自己負担分として医療機関でお支払いください。)※接種費用総額約8,000円[医療機関により異なります]  
※生活保護、中国残留邦人等支援給付受給者の方は全額免除になります。

**申込み方法**市役所、保健センター、中央図書館、中央体育館に用意してある「福生市高齢者肺炎球菌予防接種申請書」に必要事項を記載し、6月30日(木)までに郵送(当日消印有効)、または保健センターへ直接持参するか、右の申請書を切り取り、はがきにのりづけして郵送してください。

**【郵送の宛先】〒197-0011福生市福生2125-3福生市保健センター**

※肺炎球菌予防接種は任意の予防接種です。接種は義務ではなく本人が希望の場合に限り行ないます。

#### 特定健康診査受診券を発送しました

特定健康診査受診券は、国民健康保険の被保険者で、次に該当される方に対しお送りしています。

**補助金額表2**参照(年2回、前期10月・後期3月振込)

表2 私立幼稚園児保護者補助金

平成23年度 世帯の市民税所得割額	補助金額(月額)	
	第1子	第2子以降
生活保護世帯	9,600円	
非課税	9,600円	
所得割が非課税		
所得割額34,500円以下	7,900円	
所得割額183,000円以下	6,900円	9,000円
所得割額216,700円以下	5,800円	8,400円
所得割額216,700円超	3,400円	3,400円

※補助金額について、同一世帯に小学1~3年生の兄・姉がいる場合は、その子を第1子とみなし、通園の児童を第2子とします。

**問合せ**子ども育成課保育係☎551-1780

### ▼子育て支援課からのお知らせ▼

#### 現況届の提出について

##### ①子ども手当

今年は、6月の現況届の提出は不要です。ただし、10月に届け出・申請などが必要となることがあります。

##### ②児童育成手当

5月下旬に児童育成手当の受給者の方に現況届の用紙をお送りしました。内容を確認のうえ、期限までに提出をしてください。

##### ③マル乳医療証・マル子医療証

一部の方を除き、所得・加入年金などが公簿等で確認できる方は、マル乳・マル子医療証の現況届(更新の手続き)が省略となり、対象年齢の間は市が毎年、更新の確認を行ないます。

継続認定された方には、平成23年10月1日から有効の医療証を、9月下旬ごろにお送りします。

※現況届が必要となる方には、5月下旬に現況届の

**対象**平成23年4月1日時点で、福生市国民健康保険に加入されていて、年齢が40~74歳までの方

※平成23年4月2日以降に中途加入された方については、今後の広報ふっさでお知らせします。

**実施期間**6月1日(木)~10月31日(月)まで

**実施医療機関・受診方法**お送りした受診券に同封してあるパンフレットをご覧ください。

**①②共通**問合せ保健センター☎552-0061

#### エイズ検査を実施します!

西多摩保健所では東京都の「HIV検査・相談月間」キャンペーンの時期に合わせて、エイズ検査を実施します。その他にも、保健所では常時エイズや性感染症に関する相談に応じています。

**検査日時**6月7日(火)午後3時~6時

**結果日時**6月14日(火)午後3時~6時※結果は1週間

後に再度来所して頂き、直接本人にお伝えします。

**場所**西多摩保健所1階

**検査内容**HIV抗体検査※希望者には性感染症

検査(クラミジア・梅毒・淋菌感染症)も実施

**予約検査・結果共に不要(匿名及び無料です。)**

**問合せ**西多摩保健所保健対策課感染症対策係☎0428-22-6141

#### 食品衛生実務講習会A開催のお知らせ

**内容**食中毒予防対策及び保健栄養に関する情報等

**講師**保健所職員

**日時**7月7日(木)~14日(木)午後2時~4時

**場所**【7日】羽村市ゆとりご、【14日】青梅市民会館

**対象**食品関係営業者

**申込み**不要、直接会場へお越しください。公共の交

通機関をご利用ください。※参加費無料

**問合せ**西多摩保健所食品衛生係☎0428-22-6141

#### 在宅栄養士研修会のご案内

西多摩保健所では、生活習慣病を含めた食育推進を展開していくため、管理栄養士・栄養士を対象

用紙をお送りしました。必要書類を確認のうえ、期限までに提出をしてください。

#### 【現況届提出期間】

**窓口での受付期間**6月1日(木)~15日(水)

**郵送による提出期間**6月1日(木)~30日(木)

#### 振込みのお知らせ

子ども手当・児童育成手当を6月10日(金)ごろに振り込みます。

**問合せ**子育て支援課子育て支援係☎551-1737

#### 助産師と話そう(申込み不要)

**日時**6月24日(金)午前10時~正午

**場所**子ども家庭支援センター(今回から、開催場所が変更となります。ご注意ください。)

**対象**妊娠婦、子育て中の母子(0歳児から可)、祖父母等

**内容**地域の助産師による無料の相談会です。お一人でもお子さん連れでも、どうぞお気軽にお越しください。時間内は出入り自由です。

『助産師からの10分間話』もあります。6月のテーマは「夏に向かっての育児」です。

**主催**西多摩助産師会

**問合せ**森田助産院☎551-0323

#### おもちゃの広場(申込み不要)

**日時**6月30日(木)午前11時~正午・午後2時~3時30分(2回開催)

**場所**子ども応援館1階

**内容**日本グッドトイ委員会のおもちゃコンサルタントが楽しいおもちゃを持って、子ども応援館に遊びに来ます。ぜひ遊びに来てください。

**問合せ**子ども家庭支援センター☎539-2555

とした研修会を開催します。今年度の講演のテーマは「季節による体の変化と食事」です。地域活動に関心のある方はぜひご参加ください。

**日時**7月11日(月)午後1時30分~4時

**場所**西多摩保健所1階講堂

**内容**①講演「季節による体の変化と食事」②情報交換講師和田暁氏(国際中医薬膳師会会長)

**対象**管内在住の管理栄養士・栄養士有資格者で常勤職についている人

**申込み**7月8日(金)までに電話で西多摩保健所生活環境安全課保健栄養係☎0428-22-6141へ。

別記様式第1号(第3条関係) 年 月 日

#### 福生市高齢者肺炎球菌予防接種申請書

福生市長宛て

申請者 住所

氏名

印

電話番号

私は任意の予防接種であることを了承し、福生市高齢者肺炎球菌予防接種実施要綱第3条の規定により、次のとおり予防接種券の交付を申請します。

予防接種を受ける者	住所	福生市
ふりがな		
氏名		性別 男・女
	明治	
生年月日	大正 年 月 日	昭和 生( )歳
肺炎球菌予防接種の有無	これまで肺炎球菌予防接種を受けたことがある。 ※以前受けた方は接種年月日を記載してください。	はい・いいえ 接種年月日 年 月 日

申請に当たり、住民票記載内容及び申請内容について必要に応じ調査されることに同意します。

氏名

印

X 点線を切り取ってお使いください。

申請書の内容をご確認のうえ、