



保健福祉課

むし歯のない5歳児・健康な口腔の中学1年生の表彰

大根占幼稚園

石垣 颯真
 岩留 大悟
 上川路 健永
 仮屋 朝陽
 谷口 逢斗
 石川 茉耶
 菖蒲 結愛
 城下 憬那
 竹下 凜香
 中浜 心春
 水口 朋愛
 金井 沙夏

法輪保育園

名ヶ迫 海斗
 脇田 奏音
 福園 仁牙

めばえ保育園

小園 隆幸
 東舎 和音
 濱田 絢菜
 石窪 希珂

ひかり保育園

新久保 陽
 西川 縁
 壱崎 夢苺
 小出水 心音

田代幼稚園

愛甲 伊織
 今村 統司
 神園 真二
 市來 亜美
 田代 優来
 邊志切 楽々
 石田 円

川原保育園

町 優香
 小梅枝 楓華

根占保育園

中村 彩加

錦江中学校

阿漣濱 美羽
 荒田 竜太郎
 井上 凜
 入船 優花
 小池 和弥
 笹貫 志帆
 柴立 琉空

水流 遥
 福岡 俊祐
 福岡 大晴
 前 蘭 響

田代中学校

徳永 莉玖
 猪鹿倉 志奏
 廣瀬 七虹

●なぜ5歳児と中学1年生？

5歳児は歯が生え始めて3年間虫歯にならないければ、それ以降の虫歯リスクが少ないと言われています。また中学1年生は永久歯が生えそろう時期で、生え変わり期を守ることができたことを表彰しています。

お問い合わせ先 (本庁) 保険衛生チーム ☎ 0994-22-3044 (支所) 民生チーム ☎ 0994-25-2511

重度心身障害者医療費助成制度について

障がいのある方とその家族の経済的負担を軽減するために、医療機関を受診した場合の医療費の一部負担金を助成する制度です。

●対象者

次のいずれかに該当する方が対象となります。医療保険(国民健康保険、社会保険、共済組合等)に加入している方で①～③に該当する方、対象者が未成年者等の場合は保護者に医療費を助成します。

- ①身体障害者手帳1級・2級の方
 - ②療育手帳A1・A2の方、または知能指数35以下の方
 - ③身体障害者手帳3級に該当する障がいを有し、かつ、知能指数50以下の方
- ※生活保護などを受けている方は対象になりません。

●助成対象医療費

医療機関において、入院・通院をした際に支払う医療保険の一部負担金の額で、**医療費**や**薬剤費**などが該当します。なお、高額医療費や付加給付等がある場合には、一部負担金からその額

を控除した金額が助成されます。また、医療保険の適用がない治療やサービスは助成の対象になりません。

●手続き

医療費の助成を受けるためには、役場に申請が必要です。

●必要書類

- ・重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録申請書(窓口にあります)
- ・各種障害者手帳
- ・印鑑
- ・健康保険証
- ・金融機関の通帳(助成医療費の振込のため)



●助成金の申請

医療費(一部負担金)の支払いを行い、医療機関の証明または領収書を添付した支給申請書を役場に提出してください。

診療を受けた翌月から起算して6か月以内に申請を行う必要があります。6か月を超えての申請は認められませんので注意してください。

お問い合わせ先 (本庁) 保健福祉チーム ☎ 0994-22-3042 (支所) 民生チーム ☎ 0994-25-2511