こども医療費助成制度の充実を図りませんか!?

県内"一部負担金"有無の図



川崎市は小学4年生以降、外来1回の受診につ き最大500円負担。県内で受診時窓口負担金を徴 収しているのは川崎市と、相模原市(中学|年生以降 徴収)だけ。 2023 年10月

小学生でも 受診時の窓口 「一部負担金」があるのは 川崎市だけなんです

アトピーや風邪、虫歯… 負担は馬鹿にできないよ 撤廃めざそうよ!



対象年齢も「18歳まで」を目指しませんか!

助成制度の対象年齢は、2023年度中に、県内3分の2の自治体が「18歳まで」となる中、川崎市は「中学卒業まで」 です。住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、住む場所に関わりなく一律な医療費助成の拡充が求められます。

表面「私のひとことカード」とあわせてご協力ください!

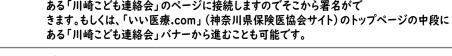
制度拡充を求める「オンライン署名」も実施

2024年4月まで(1月中旬開設予定)

要請内容(概要):①窓口「一部負担金」の撤廃

②対象年齢「18歳まで」への引き上げ

協力方法:右の QR コードを読み込むと、神奈川県保険医協会ホームページ内に ある「川崎こども連絡会」のページに接続しますのでそこから署名がで



川崎こども連絡会とは…正式名称は「川崎市こどもの医療費無料化を求める連絡会」と言います。1993 年に町のお医者さん、歯医者さんの団体の呼びかけで、保護者、保育士などの団体が集まり作った会で す。市との懇談や署名活動などを通して制度の拡充を求めています。その活動はマスコミにもたびたび取り 上げられています。

お問合せ&記入済「ひとことカード」の返送先はコチラ

連絡先 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町2-23-2 TS プラザビル2階 神奈川県保険医協会「川崎こども連絡会」担当 TEL:045-313-2111

川崎市長へ思いを届けよう こども医療費助成制度に関する私のひとこと

集約期間:2024年1月~4月

この期間、お一人につき1回のご回答・ご記入でお願いします

| 小児医療費助成制度のアンケート(該当する項目の□に√を付けてください) 質問① あなたが希望する助成対象年齢は? | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| □18歳まで □中学卒業まで _(現行どおり) □その他() | | | | | |
| 質問② 会計窓口での「一部負担金」の徴収、どう思う? | | | | | |
| (現行:「小学校4年生から」1回の外来受診につき最大 500 円の徴収) | | | | | |
| | | | | | |
| 口撤廃すべき 口現状で妥当 口その他() | | | | | |
| □ □撤廃すべき □現状で妥当 □その他()) | | | | | |
| □撤廃すべき □現状で妥当 □その他() 小児医療費に関して 福田市長へのメッセージをお書きください。 | | | | | |
| 小児医療費に関して | | | | | |
| 小児医療費に関して 福田市長へのメッセージ をお書きください。 | | | | | |
| 小児医療費に関して 福田市長へのメッセージ をお書きください。 | | | | | |

| お名前: | 居住地: | 川崎市内 | / | その他 |
|---------------------------|------|------|---|-----|
| (↑フルネームが難しいときは名字だけでも) | • | 年齢: | | 歳代 |

↑あなたの

お顔を えがいてね

当該用紙は、川崎市へ提出します。ご記載いただいたお名前は市への提出以外には 使用しません。 川崎市こどもの医療費無料化を求める連絡会