

## 意見書

<b>題名</b>	「小児医療費助成制度の拡充（案）」に関する意見募集について		
<b>氏名</b> (団体の場合は、 名称及び代表者名)	川崎市こどもの医療費無料化を求める連絡会 代表 花田 徹野		
<b>電話番号</b>	045-313-2111	<b>FAX番号</b>	045-313-2113
<b>住所</b> (又は所在地)	横浜市神奈川区鶴屋町2-23-2 TSプラザ2F		
<b>意見の提出日</b>	令和 7年9月9日	<b>枚数</b>	1枚(本紙を含む)

### 政策等に対する意見

小児医療費助成制度について、「対象年齢18歳までの拡充」及び「一部負担金500円の撤廃」案について、大賛成です。連絡会が陳情で求めた全項目の実現。福田市長の英断とご尽力に心より感謝申し上げます。

一部負担金500円を撤廃し、対象年齢を18歳までとすることで、川崎市の子ども達は医療費について経済的な責任や負担を強いられることがなくなります。長らく残存していた通院1回につき500円の一部負担金については、子どもが多ければ多いほど負担が重くのしかかりますし、身体が弱く、通院が多い子どもがいる家庭で「医療が生活を圧迫している」と訴える方もいました。500円の一部負担金を気にして通院をやめた結果、定期的に通院することで病状の悪化を防ぐことができていた患者が、重症化してしまったといったケースもあります。

このような問題が解消され、川崎市の子どもが経済的負担を気にすることなく医療にかかれる社会が実現することは本当に喜ばしいことと考えます。これからも、川崎市の子ども達の健康を考えた市政運営を期待します。よろしくお願い致します。

- ・ お寄せいただいた御意見に対する個別回答はいたしませんので御了承ください。
- ・ 記載していただいた個人情報、提出された意見の内容を確認する場合に利用します。  
また、個人情報は個人情報の保護に関する法律その他の関連規定に基づき厳重に保護・管理されます。
- ・ 御意見などの概要を公表する際は、個人情報は公開いたしません。

### 提出先

<b>部署名</b>	こども未来局児童家庭支援・虐待対策室家庭支援担当		
<b>電話番号</b>	044-200-2695	<b>FAX番号</b>	044-200-3638
<b>住所</b>	〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地 (川崎市役所本庁舎15階)		