

ヘルスアップセミナー 日程

Table with 2 columns: とき (Date/Time) and 内容 (Content). Dates range from 4月22日 to 9月8日.

※ほかにも、効果測定のため、血液検査を予定。改善に取り組み、検査値改善を目指しましょう。

対象 次の①～③の条件をすべて満たす方
①平成19年10月以降の健診結果で、糖尿病、肥満、体脂肪が軽度異常だった方

とき 3月27日(木) 午前10時～11時45分、午後1時～3時45分
ところ 市役所1階ロビー

とき 3月29日(土) 午前10時30分～11時30分
ところ 国立精神・神経センター武蔵病院

乳幼児の健診・相談などの日程

問合せ(申込み) 健康センター 〒187-0043 学園東町1-19-12 ☎042(346)3700

Table with 5 columns: 日程 (Date/Time), 対象 (Target), 持ち物 (Items), 定員・申込みほか (Capacity/Registration). Rows include BCG vaccination, health checkups for various ages, and parent consultations.

※会場は、健康センターです。
※車でのご来場はご遠慮ください。

休日応急診療医(内科・小児科)

(診療時間：午前9時～午後5時)

※印のある医療機関では、中学生以上の方を診療します。

Table with 4 columns: 日程 (Date), 医療機関名 (Medical Institution), 所在地 (Location), 電話番号 (Phone Number).

休日歯科応急診療医

(診療時間：午前9時～午後5時)

Table with 4 columns: 日程 (Date), 医療機関名 (Medical Institution), 所在地 (Location), 電話番号 (Phone Number).

準夜応急診療

※診療受付時間は午後10時15分までです。

Table with 5 columns: 日程 (Date/Time), 診療時間 (Hours), ところ (Location), 科目 (Subject), 電話番号 (Phone Number).

東京都実施の救急診療の問合せ・相談

Table with 3 columns: 小児科 (Pediatrics), 救急センター (Emergency Center), 電話番号 (Phone Number).

肥満・高血糖改善コース

ヘルスアップセミナー

とき 5月23日(金)
平成21年2月28日(土)
ところ 市内指定医療機関

対象 40歳以上(昭和44年3月31日以前に生まれた方)で、市内に住民登録

とき 3月27日(木)
午前10時～11時45分、午後1時～3時45分

とき 3月29日(土)
午前10時30分～11時30分

平成20年度 春期 成人歯科健診 申込み

たは外国人登録のある方
※申込み後、受診日に市外へ転出している方は受診できません。

成人歯科健診 申込書
1. 氏名(ふりがな)
2. 性別
3. 生年月日(明・大・昭) 年 月 日

※1人につき、はがき1枚で申し込んでください。
※健診券発送は、5月中旬の予定です。

往復はがき(往信・裏面)
対象児の 氏名(ふりがな)
生年月日
保護者の 氏名(ふりがな)
住所
電話番号

※返信表面には住所、氏名を記入してください。
※返信裏面には何も記入しないでください。

成20年度分の利用券を交付します。
利用券は4月1日から、黄色に変わります。
※平成19年度分の利用券(空色)は、4月1日以降は使用できなくなりますので、ご注意ください。

福祉タクシー 利用券の 交付

年間を通じて、歯科健診、歯磨き指導、フッ素塗布など(有料)を行って

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

福祉タクシー利用料金の補助を受けている方に、平

心身障がい者自動車

ガソリン費の 補助請求を

月50リットルを限度として、1月につきガソリン税額相当分54円を補助します。

請求方法 4月1日(火)から10日(木)までに、1月3月分の領収書と印鑑

決定通知書兼受給者カードを持参のうえ、障害者福祉課(健康福祉事務センター1階)、東部・西部出張所

から市役所へ
※高齢者福祉課医療係(市役所1階)での交付は今回からなくなりました。

持ち物 印鑑、決定書通知書兼利用者カード、身体障害者手帳または愛の手帳

※利用の際は、利用券の裏面に記載のあるタクシー会社をご確認ください。

問合せ 障害者福祉課 ☎042(346)9540

4月1日から 東京都心身障害者 扶養共済制度が始まる

障がいのある方を扶養している保護者が、毎月掛金を納めることで、保護者が亡くなったとき、終身一定額の年金が障がいのある被扶養者に支給される任意加入制度です。

加入資格 次の条件のすべてに該当している方
▽心身障がい者の保護者である
▽市内に住所がある
▽加入年度の初日(4月1日)現在65歳未満である
▽特別な疾病や障がいがない

対象 ①知的障がいがある方
②身体障害者手帳1級～3級に該当する方

加入申請は、5月下旬の予定です。

問合せ 障害者福祉課 ☎042(346)9540

③精神または身体に永続的な障がいがあり、その程度が①、②と同程度と認められる方
掛金 保護者の加入時年齢によって掛け金の月額が変わります。
※詳しくは、お問い合わせください。

年金額 月額2万円
申込み 3月31日(月)まで：東京都福祉保健局自立生活支援課扶養年金係(〒163-8001)へ(送付可、消印有効) ☎03(5320)4148

▽4月1日(火)以降：障害者福祉課(〒187-8701)健康福祉事務センター1階へ(送付可)
※申込みは、障害者福祉課にあります。

問合せ 障害者福祉課 ☎042(346)9540