



科書を展示しますので、ぜひご覧ください。

講師

申込方法 左記問い合わせ先に

確認の上、児童・保護者の氏名・

住所・学年・学校名・電話・ファッ

クス番号、参加希望日を記入し、

ファックス

日時・場所等	
場所	日時
花川南コミセン	6/10(土)～12(月) 開館時間中
市民図書館	6/14(水)～29(木) 開館時間中 ※19・26日(月)休館
厚田総合センター	6/16(金)～30(金) 9:00～17:00 ※26日(月)休館
浜益コミセン(きらり)	6/16(金)～30(金) 開館時間中 ※26日(月)休館

問合せ 学校教育課  
回 72・3171

## 地域こども教室「八口一キッズクラブ」

歌やゲームを通して楽しく英語に触れます。

対象 高学年コース 小学3年  
（6年生）

日時 5月～平成19年3月の第1・2・3木曜（8、1月は第2・3・4木曜）15時55分～16時55分

場所 ひまわり会館（花川南5・3）

募集人数 若干名（先着順）

費用 月2千円

持ち物 筆記用具等  
認定協議会（J-SHINE）認定  
講師 NPO小学校英語指導者

現在、児童手当を受給されている方は、前年の所得状況などを受給資格を確認するため、「児童手当等現況届」の提出が必要です。6月～平成19年5月の間の受給資格を確認する大切な届け出ですので、期限内に必ず提出してください（受給者には用紙類を5月31日発送予定）。現況届の提出がないと支給要件に該当していても、6月以降の支給を受けることができなくなります。また、現況届を2年間提出されない場合は、時効が成立し受給権が消滅します。※平成18年4月の制度改正に伴い、新規申請された方については現

## 児童手当の現況届を忘れないで

## 子育て

FAX 011-792-8834

回 72・31710時～15時

申込期間 6月7日(水)～24日(土)

申込・問合せ NPO教育支援

協会北海道支部札幌事務局

回 011-792-8833（月

日）

日時 6月5日(月)～13日(火)～21日(水)・29日(木)・30日(金)17時15分

除く

※公務員の方は職場に要問合せ

【時間外受付】

日時 6月5日(月)～13日(火)～21日(水)・29日(木)・30日(金)17時15分

除く

※予約不要

場所 こども家庭課 ※支所では行いません

提出・問合せ こども家庭課

回 72・3128・各支所

## 児童手当制度の改正

支給対象年齢が小学校修了前（12歳）まで拡大されるとともに、所得制限額が引き上げられました。各家庭により認定請求・額改定請求などの手続きが必要となる場合があります。詳細はお問い合わせください。

問合せ こども家庭課  
回 72・3128・各支所

## 児童手当等支払日

児童手当・特例給付・小学校修了前特例給付の6月の支払予定日は、6月9日（金）です（金融機関から引き出すまでに1～2日要することがあります）。

問合せ こども家庭課  
回 72・3128・各支所

況届の提出は必要ありません  
提出期間 6月1日(木)～30日(金)

8時45分～17時15分（土・日曜除く）

※公務員の方は職場に要問合せ

【時間外受付】

日時 6月5日(月)～13日(火)～21日(水)・29日(木)・30日(金)17時15分

除く

※予約不要

場所 こども家庭課 ※支所では行いません

提出・問合せ こども家庭課

回 72・3128・各支所

## 脳ドック検査費用助成

脳の病気は自覚症状がない間も少しづつ進行していきます。この機会にぜひお申し込みください。

### 助成対象

- 市国民健康保険加入者
- 4月1日現在で40歳以上の方
- 前年度の国保税を完納している方
- 前年度助成を受けていない方
- 脳疾患で治療中でない方
- ペースメーカーを装着していない方
- 閉所恐怖症など狭いところが苦手でない方

※対象となる方でも医療機関の判断により受診できない場合（現在の病状、過去病歴・手術の内容等）がありますので、お心当たりのある方は申請前に実施医療機関等に検査の可否をご確認ください

実施期間 7月1日(土)～平成19年3月31日(土)

### 実施医療機関

- いしかり脳神経外科クリニック（花川北6-1）回 71-2333
- 石狩幸恵会病院（花川北7-2）回 71-2855

### 検査項目

- (1)MRI検査 (2)MRA検査 (3)血液検査

- (4)尿検査 (5)心電図検査 (6)問診

※市の一般健診等と重複する部分がありますが、脳疾患を総合的に検査する上で必要な項目ですので、ご了承ください

### 助成額・自己負担額

16,800円（検査費用額）-11,800円（助成額）=5,000円（自己負担額）

### 助成定員

310人（申込多数時抽選）

申請方法 申請用紙に必要事項を記入の上、国民健康保険課窓口・各支所・各出張所に提出してください（郵送可）

※申請の際には印鑑・保険証を持参してください

申込期間 6月1日(木)～19日(月)※必着

申請用紙 市役所国民健康保険課窓口・各支所・各出張所・各コミセンに置いてあります

助成の決定 結果については6月下旬に文書でお知らせします  
※抽選の結果について、電話でのお問い合わせはご遠慮ください

問国民健康保険課 回 72-3123 E-mail kokuhoh@city-ishikari.hokkaido.jp