

416問部（書と）請す。ソリン

心身障がい者自動車ガソリン費の補助請求を

月50円を限度として1回につきガソリン税額相当分54円を補助します。

請求方法 10月1日（木）から9日（金）までに、7月～9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、障がい者支援課（健康福祉事務センター1階、東部・西部出張所へ）に提出してください。

問合せ 障がい者支援課 ☎042（346）9540、FAX 042（346）9541

成人健康教室・相談などの日程				
問合せ（申込み） 健康センター 〒187-0043 学園東町一丁目19番12号 ☎042(346)3701				
	と き	対 象	内 容 ・ 持 ち 物	定 員 ・ 申 込 み ほ か
健康づくり相談	10月3日（土） 東部市民センター 午後1時30分～3時20分までの指定する時間	市内在住の方	健康診断や人間ドックの結果を基にした管理栄養士、保健師の個別相談 ☎直近の健診結果、健康手帳（お持ちの方）	定員…各2人 電話または健康センター窓口へ（要申込み、先着順）
	10月19日（月） 健康センター 午前9時15分～11時までの指定する時間			
栄養・運動（こたけ体操）教室（保育あり）	10月19日（月） 健康センター 午前9時30分から ※受付は開始20分前から。 ※栄養と運動どちらか一方に参加する方は午前10時45分からの参加もできます。	市内在住の方	☎栄養講話（試食あり）…食事でこたけ 骨・筋肉を強くする食事（カルシウム編）、運動実技…こたけ体操で若いうちからロコモ予防 ☎筆記用具、健康手帳、参加カード（お持ちの方）、水分補給用飲料、フェイスタオル ※運動実技は動きやすい服装と靴で参加してください。	当日、会場へ 保育（定員10人・1歳6か月以上）希望の方は電話または健康センター窓口へ（先着順） ※当日、最高血圧が160mmHg以上または最低血圧が100mmHg以上の方は運動には参加できませんのでご了承ください。 ※治療中の方は主治医の許可を得てください。

乳幼児健診・相談などの日程				
問合せ（申込み） 健康センター 〒187-0043 学園東町一丁目19番12号 ☎042(346)3701				
	日 程	対 象	持 ち 物	定 員 ・ 申 込 み ほ か
3～4か月児健康診査	10月14日（水）・28日（水） 受付…午後0時15分～1時15分	平成27年6月生まれ	共通…母子健康手帳、健康保険証、印鑑、アンケート用紙 1歳6か月児…歯ブラシ 3歳児…歯ブラシとコップ、子どもの尿	通知…健診日の前月の20日前後
1歳6か月児健康診査	10月1日（木）・15日（木） 受付…午後0時30分～1時15分	平成26年3月生まれ		※おおそ1時間30分かかります。 ※都合の悪い方は、健康センターへご連絡ください。
3歳児健康診査	10月8日（木）・22日（木） 受付…午後0時30分～1時30分	平成24年9月生まれ		
5歳児歯科健診	10月30日（金） 受付…午後1時15分～2時30分	平成22年10月生まれ	母子健康手帳、アンケート用紙、歯ブラシ3本、コップ	通知…健診日の前月の20日前後 定員…30組（先着順） ※通知が届いたら電話申込み。
たんぽぽ広場（親子の健康相談）	10月7日（水） 受付…午前9時30分～10時30分	生後4か月～4歳未満の乳幼児と保護者	たんぽぽカード（4月以降の初回参加時に配布）、母子健康手帳（発育の確認をしたい方）	当日、会場へ
10月のBCG集団予防接種	10月9日（金）・23日（金） 受付…午後2時～3時30分	生後1歳に至るまで（標準的な接種期間は生後5か月～8か月）	母子健康手帳、BCG予防票	当日、会場へ

※会場は健康センター、費用は無料です。車での来場はご遠慮ください。

休日応急診療・準夜応急診療（内科・小児科）					
	日 程	診 療 時 間	名 称	所 在 地	電 話 番 号
休日応急診療	日曜日、祝日、年末年始	午前9時～午後5時	小平市医師会応急診療所	学園東町1-19-12（健康センター内）	042(346)3706（左記診療時間内）
準夜応急診療	月曜～日曜日（年中無休）	午後7時30分～10時30分（受付は10時15分まで）			

※やけど、けが、眼科は診療の対象外ですが、出務医師により診療が可能なことがあります。受診の前に電話でご確認ください。

休日歯科応急診療医（診療時間：午前9時～午後5時）				
日 程	医 療 機 関 名	所 在 地	電 話 番 号	
9月20日（日）	ほんま歯科医院	鈴木町1-462-3 Fビル101	042(320)8241	
9月21日（月・祝）	グリーンプラザ歯科医院	美園町1-6-1 グリーンプラザ2階	042(341)8148	
9月22日（火・休）	あかしあ歯科	仲町439-12	042(345)2336	
9月23日（水・祝）	三木歯科医院	上水南町2-4-32	042(326)4970	
9月27日（日）	平澤歯科医院	仲町187-7	042(345)5267	

※車でお越しの際は、必ずお問い合わせください。

東京都による救急診療などの相談・案内			
東京消防庁救急相談センター	#7119（携帯電話、PHS、プッシュ回線から） 042(521)2323（ダイヤル回線から）	救急車を呼ぶべきか迷った場合の相談・24時間	
小平消防署病院・診療所案内	042(341)0119	救急医療機関の案内・24時間	
東京都医療機関案内サービス（ひまわり）	03(5272)0303	診療中の医療機関の案内・24時間	

乳がん検診 日程			
と き	と ころ	申 込 期 限	
10月	健康センター	27日（火）	9月30日（水）
		28日（水）	
		31日（土）	
11月	東部市民センター	24日（火）	10月15日（木）
		25日（水）	
12月	西部市民センター	18日（金）	10月30日（金）
		19日（土）	
平成28年1月	健康センター	15日（金）	12月11日（金）
		16日（土）	

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診

検診車で実施する乳がん検診です。

日程 左表のとおり

費用 1千円（生活保護受給者は受診時に生活保護受給証明書を提出すれば無料）

対象 40歳以上（昭和51年3月31日以前生まれ）で市内在住の女性
受診できない方 ▽今年度乳がん検診を申し込んだ・受診した
▽平成26年度に小平市の乳がん検診

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日

乳がん検診（検診車）申込書

1. 氏名（ふりがな）

2. 住所（〒187-小平市）

3. 電話番号

4. 生年月日 大・昭 年 月 日 生まれ

5. 希望日

※第三希望まで記入してください。（いつでも良い場合はその旨記入してください）

第一希望 月 月 日 日

第二希望 月 月 日 日

第三希望 月 月 日 日