



ぼくたち わたしたち

くっちゃん子

俱知安ですくすく育つ子どもたちです。「こんな子に育ってほしい！」ご家族の願いも併せて紹介します。
☎総合政策課広報広聴係 ☎ 56 - 8001

※ 4・10 カ月児健康診査を受診した子どもで、保護者が同意した場合のみ掲載しています

子育て支援センターだより

5 月の広場のお知らせ

あいあい広場（0 歳） 5 月 8 日(木)
きらきら広場（1 歳） 5 月 15 日(木)
のびのび広場（2・3 歳） 5 月 22 日(木)

■申込／ 4 月 7 日(月) 9 時 30 分～

どの広場も 10 時からフォトフレーム作りと誕生月のお子さんのお誕生会を行います。
し判の写真をお持ちください。

子育て講座「ママにも出来るチャイルド前髪カット」

美容師から前髪カットの仕方を教えてもらいませんか？
その場でお子さんの前髪のカットをしてもらえます。

■日時／ 5 月 20 日(火) 10 時～ 11 時 ■場所／子育て支援センター
■講師／そらいろプロジェクトの皆さん
■持ち物／飲み物 ■参加費／無料
■申込／ 4 月 14 日(月) 9 時 30 分～



広場・講座ともに子育て支援センターを利用したことがない「はじめまして」の方も参加できます

子育て支援センター（南 3 東 5 ぬくぬく内） ☎ 55 - 8355 FAX 55 - 8377
開所時間 9 時 30 分～ 12 時、13 時～ 17 時
休 所 日 日曜日、祝日

20 歳以上の女性の皆さん 子宮がん・乳がん検診を受けていますか？



子宮がん・乳がん検診は、前回の検診から 2 年経過した方や、しばらく受けていない方、一度も受けたことのない方などにおすすめてです。この機会をぜひご活用ください。

【集団検診】

○はつらつレディ検診

■日程／ 5 月 16 日(金)

■場所／保健福祉会館

○検診バスツアー

■日程／① 8 月 22 日(金)、② 10 月 6 日(月)、③ 令和 8 年 3 月 6 日(金)

■場所／北海道対がん協会札幌がん検診センター

■無料送迎バス／保健福祉会館を 7 時発、16 時頃着

○予約受付

■日時／ 4 月 4 日(金) 9 時より

■予約方法／電話または WEB 受付 (WEB 受付は検診

バスツアーのみ可)



【個別医療機関検診】

医療機関へ直接予約が必要です。検診日までに料金補助の受診券を保健指導係で受け取ってくだ

さい。

○子宮がん・乳がん検診

・北海道対がん協会札幌がん検診センター

☎ 011-600-0873

・JA 北海道厚生連ニセコ羊蹄広域

俱知安厚生病院 ☎ 22-1141

○子宮がん検診

・ニセコインターナショナルクリ

ニック ☎ 21-5454

・ながいよしえ俱知安クリニック

(WEB 受付のみ)

■料金／

子宮頸がん検診 (平成 17 年 12 月

31 日以前生) 千円

乳がん検診 (昭和 60 年 12 月 31 日

以前生) 2 千円

※国民健康保険世帯、生活保護世

帯、無料クーポン対象者は無料

無料クーポンで検診を始めよう！

■対象者／

子宮頸がん (平成 16 年 4 月 2 日

～平成 17 年 4 月 1 日生)

乳がん (昭和 59 年 4 月 2 日～昭

和 60 年 4 月 1 日生)

☎ 22-1144

4 月から交付開始 福祉ハイヤー・バス利用助成券

高齢者福祉ハイヤー・バス

■対象者 (4 月 1 日現在)／

令和 6 年度の介護保険料負担段

階が第 1 ～ 第 7 段階の世帯で、

① 満 70 歳以上の単身世帯

② どちらかが満 70 歳以上の夫婦

世帯

③ 満 70 歳以上の高齢者がいる同

居世帯

■助成額／左の表のとおり

ハイヤー利用助成額			
介護保険料負担段階 (令和 6 年度)	① 単身世帯	② 夫婦世帯 ③ 同居世帯	
第 1 段階～第 5 段階	14,000 円 (20 枚)	21,000 円 (30 枚)	
第 6 段階～第 7 段階		14,000 円 (20 枚)	
第 8 段階～第 9 段階	対象外となります		

■対象とならない世帯／

○高齢者本人が配偶者が自家用

車を所有・使用している世帯

○令和 6 年度の介護保険料負担

段階が第 8 ～ 第 9 段階の世帯

■手続きに必要なもの／

保険資格確認書類 (健康保険証

など)、令和 6 年度の介護保険料

負担段階のわかるもの (あれば)

※今年度より印鑑不要。代理人

が受け取る場合は、代理人の

身分証明書などが必要

☎ 23-0500

☎ 23-0500

障がい者福祉ハイヤー・バス

■対象者 (年度途中でも該当)／

① 身体障害者 (1 級※障害名問

わず)、身体障害者 (3 級以

上※下肢 4 級と他の身体障害

あり)、視覚障害 2 級、下肢

障害 2・3 級、体幹障害 2 級、

呼吸器障害 3 級

② 知的障害者 (療育手帳 A 判定)

③ 精神障害者 (1 級)

④ 2 つ以上の手帳をお持ちの方

■助成額／

年額 1 万 8 9 0 0 円 (30 枚)

※①の腎臓 1 級で人工透析のた

めハイヤーにより通院する方

は、月額 3 万 7 8 0 0 円を限

度に助成します

■手続きに必要なもの／

身体障害者手帳、療育手帳、精

神保健福祉手帳

☎ 55-6115