

今年度最後の募集です

令和7年度乳がん・子宮がん検診



◆乳がん検診

市に住民登録のある40歳以上の女性(昭和61年3月31日以前生まれ)で、令和6年度に市の乳がん検診を受けておらず(検診は2年に一度)、現在症状がなく、勤務先などで受診の機会がない方

◆子宮がん検診

市に住民登録のある20歳以上の女性(平成18年3月31日以前生まれ)で、令和6年度に市の子宮がん検診を受けておらず(検診は2年に一度)、現在症状がなく、勤務先などで受診の機会がない方



詳しくはこちら



詳しくはこちら

申込み時期	受診券発送時期	受診期間
8月1日~9月1日	9月下旬	10月1日~令和8年1月31日

申いずれも9月1日(当日消印有効)までに市ホームページ内申込みフォーム、はがき(記入例参照)または窓口で

はがき記入例 (普通はがきでお申込みください)

乳がん・子宮がん検診申込み

- 住所
- 氏名(ふりがな)
- 生年月日
- 電話番号
- 希望する検診と現時点で受診予定の医療機関名をご記入ください

乳がん検診

- きよせ旭が丘記念病院
- 複十字病院
- 武蔵野総合クリニック
- いつもジェネラルクリニック 秋津院

子宮がん検診

- 宇都宮レディースクリニック
- 公立昭和病院

あて先は、「〒204-18511 清瀬市健康推進課 乳がん・子宮がん検診申込み担当 行」

後期高齢者医療制度 ご加入の方へ 高額療養費配慮措置が終了します

自己負担割合が2割の方への外来医療の負担軽減措置(配慮措置)が令和7年9月30日までの診療で終了します。令和7年10月1日以降は、1か月あたりの自己負担限度額は18,000円となります。

令和7年9月診療分までの1か月あたりの自己負担限度額

負担割合(所得区分)	外来(個人ごと)
2割(一般II)	6,000円+(10割分の医療費-30,000円)×10% または18,000円のいずれか低い方

令和7年10月診療分からの1か月あたりの自己負担限度額

負担割合(所得区分)	外来(個人ごと)*2
2割(一般II)*1	18,000円

*1 負担割合が2割以外の方の自己負担限度額に変更はありません。
*2 外来+入院(世帯ごと)の自己負担限度額に変更はありません。
問 保険年金課高齢者保険係 ☎042-497-2050

令和7年度 肝炎ウイルス検診・結核健診(単独)

特定健康診査などと同時に受診する機会がない方に、肝炎ウイルス検診と結核健診の単独検(健)診を実施します。
問 肝炎ウイルス検診=市に住民登録のある40歳以上で、過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない方。
結核健診=市に住民登録のある65歳以上の方
期 8月1日(金)~12月31日(水)
場 市内指定医療機関 費 無料

内 肝炎ウイルス検診=血液検査、結核健診=胸部エックス線撮影 期 8月1日~12月26日までに直接窓口または電話で健康推進課成人保健係 ☎042-497-2076



戸籍に記載される振り仮名を通知します

戸籍法の一部改正により、氏名の振り仮名が新たに戸籍の記載項目に追加されます。これに伴い、戸籍に記載する予定の振り仮名を、本籍地の市区町村から順次、戸籍の筆頭者あてに通知します。清瀬市が本籍地の方には、8月上旬に通知書を郵送します。



詳しくはこちら

- ◆振り仮名が正しい場合には届出不要
通知に記載された振り仮名に誤りがあるときは、正しい振り仮名を届け出てください。各市区町村の戸籍担当窓口での届出、本籍地市区町村への郵送による届出、マイナポータルからのオンラインによる届出ができます。
- ◆届出ができる方
・氏の振り仮名：戸籍の筆頭者
・名の振り仮名：本人(15歳未満の方は親権者等の法定代理人)
※届出要件の詳細は、法務省のホームページをご覧ください。
問 市民課戸籍係 ☎042-497-2038
【制度に関する問合せ先】法務省コールセンター ☎0570-05-0310(平日午前8時30分~午後5時15分)

令和7年度フレイル、オーラル・フレイル予防事業

歯っぴークーポン(個別歯科指導)

歯科医師などによる、お口の元気度チェックと個別の指導を受けられる「歯っぴークーポン(無料券)」を配布中です。ぜひこの機会にご利用ください。

- 問 市内在住の65歳以上の方。先着200人(予約受付中)
- 【クーポン配布場所】清瀬市歯科医師会加入の当事業に協力可能な歯科医院20か所、介護保険課地域包括ケア係窓口
- 【クーポン配布期間】7月1日(火)~11月30日(日)
- 【実施場所】上記クーポン配布中の各歯科医院にて実施
- 問 クーポン取得後、実施している歯科医院へ直接電話で
- 問 介護保険課地域包括ケア係 ☎042-497-2082



詳しくはこちら

旧優生保護法による優生手術・人工妊娠中絶などを受けた方とご家族へ ~対象となる方に国から補償金等が支給されます~

◆補償金の支給

問 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた本人及びその配偶者(死亡している場合はその遺族(配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、ひ孫、甥、姪))
【支給額】本人1,500万円、配偶者500万円
※配偶者には事実婚を含む。また、優生手術を受けることを原因として離婚または事実婚を解消した場合も含む。

◆優生手術等一時金の支給

問 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた本人で生存している方
【支給額】320万円(補償金を受給した場合も支給されます)
◆人工妊娠中絶一時金の支給
問 旧優生保護法に基づく人工妊娠中絶等を受けた本人で生存している方
【支給額】200万円(優生手術等一時金を受給した場合には支給されません)

【請求方法】対象者となる可能性がある市民または代理人の方は、下記の窓口へご相談のうえ、所定の請求書等を東京都へご提出ください。
【請求期限】令和12年1月16日まで 問 東京都旧優生保護法補償金等受付・相談窓口 ☎03-5320-4206 ☎03-5388-1401
毎週月曜日~金曜日(祝日、年末年始を除く)午前9時~午後5時
※ご希望の方は請求手続きを弁護士が無料でサポートしますので、上記窓口にご相談ください。