



# 子育て支援 ガイドブック



令和7年4月  
昭和村 保健福祉課

## ー も く じ ー

### 1. 妊娠が分かったら .....1

|                |   |                  |   |
|----------------|---|------------------|---|
| 母子健康手帳の交付      | 1 | 妊婦健康診査           | 1 |
| 風しん対策助成事業      | 2 | 妊婦さんの「お口のドッグ」無料化 | 2 |
| おもいやり駐車場利用証の交付 | 3 | 妊婦相談・訪問          | 3 |

### 2. 赤ちゃんが生まれたら .....4

#### ー 出産・育児への経済的支援ー

|               |   |                 |   |
|---------------|---|-----------------|---|
| 出産育児一時金       | 4 | 出産祝金            | 4 |
| 児童手当          | 5 | 子育て支援医療費助成制度    | 5 |
| 未熟児養育医療       | 6 | 乳幼児育児用品支給事業     | 6 |
| チャイルドシート等貸出事業 | 7 | 育児休業給付金・保険料免除制度 | 7 |

#### ー 母と子の健康支援ー

|               |   |             |   |
|---------------|---|-------------|---|
| 出生届           | 8 | 乳幼児家庭全戸訪問事業 | 8 |
| 産後一ヶ月・生後一ヶ月健診 | 8 | 産後ケア事業      | 9 |
| 新生児聴覚検査       | 9 |             |   |

### 3. 乳幼児期の子育て支援 .....10

|               |    |               |    |
|---------------|----|---------------|----|
| つどいの場（つみきクラブ） | 10 | 公立保育所（昭和村保育所） | 10 |
|---------------|----|---------------|----|

### 4. 小・中学生に関する子育て支援 ...11

|            |    |        |    |
|------------|----|--------|----|
| 放課後児童クラブ   | 11 |        |    |
| 子育て応援パスポート | 12 | 就学援助制度 | 13 |

### 5. 障がいのある子どもの支援 ...14

|              |    |                |    |
|--------------|----|----------------|----|
| 療育手帳         | 14 | 障がい福祉サービスの利用   | 14 |
| 自立支援医療（育成医療） | 15 | 特別児童扶養手当       | 15 |
| 障がい児福祉手当     | 16 | 障がい児に関する相談支援窓口 | 16 |

### 6. ひとり親家庭への支援 .....17

|              |    |               |    |
|--------------|----|---------------|----|
| 児童扶養手当       | 17 | ひとり親家庭医療費助成制度 | 18 |
| 母子・寡婦福祉資金貸付金 | 19 | 女性のための相談支援窓口  | 19 |

# 1. 妊娠が分かったら

## 母子健康手帳の交付

医療機関で妊娠の診断を受けたら、妊娠届出書（診断を受けた医療機関名、出産予定日等）をご記入いただき、母子健康手帳をお渡ししています。母子健康手帳は、医療機関で妊娠の診断を受けてから交付申請の手続きを行ってください。その際、「妊婦健康診査受診票」などもあわせてお渡しします。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 医療機関で妊娠の診断を受けた方。                                                                                                            |
| 申 請 手 続   | 交付申請書類は、次のとおりです。<br>①妊娠届出書 ②印鑑<br>③個人番号が確認できる書類                                                                             |
| 必 要 な と き | 手帳交付後、次のようなときは必ずもっていきましょう。<br>①お母さんの妊婦健診や子どもの乳幼児健診のとき<br>②お母さんの妊娠中の検査結果（貧血、風しん抗体価）や子どもの予防接種の記録をするとき<br>③その他子どもの成長の記録にかかわるとき |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                   |

## 妊婦健康診査

「妊娠届出」等により「母と子の健康のしおり（妊婦健康診査受診票）」を交付しています。妊娠期間中15回までの妊婦健診が助成されます。助成される健診項目は受診票内に明記してあります。県外で受診した費用については、費用を自己負担していただいた後、申請により福島県の基準の範囲内で助成します。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 医療機関で妊娠の診断を受けた方。<br>母子健康手帳とあわせて交付します。                                                                                                                                                                                                                    |
| 助 成 手 続 | <div> <div> <p>〈県内の医療機関で受診〉</p> <p>①交付された妊婦健康診査受診票を医療機関へ提出してください。</p> <p>②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。</p> </div> <div> <p>〈県外の医療機関で受診〉</p> <p>①健康診査を受けた後、昭和村役場保健福祉課に申請してください。(1)領収書(2)申請者名義の預金通帳(3)印鑑が必要です。</p> <p>②後日、指定された口座に助成金を振り込みます。</p> </div> </div> |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                                                                                                                |

## 風しん対策助成事業

妊娠中にかかる、生まれてくる赤ちゃんの耳や心臓に障がいをもたらす可能性がある先天性風しん症候群を予防するため、**風しん抗体検査及びワクチン予防接種の費用**を助成しています。

| 区                  | 分                                                    | 内                                                           | 容 |
|--------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---|
| 風しん抗体検査            | 対 象 者                                                | ①妊娠を予定または希望している女性。<br>②妊婦で風しんの抗体価が不十分な方の配偶者。                |   |
|                    | 助 成 内 容                                              | 助成限度額 6,900円<br>で抗体検査の費用を現物給付します。                           |   |
| 風しんワクチン<br>予 防 接 種 | 対 象 者                                                | 抗体検査を受けた方で、抗体価が基準以下の方。<br>※基準について・・・HI法 16倍以下<br>EIA法 8.0未満 |   |
|                    | 助 成 内 容                                              | 助成限度額 7,920円<br>で予防接種の費用を現物給付します。                           |   |
| 実 施 場 所            | 昭和村国民健康保険診療所<br>※他医療機関での抗体検査及び予防接種は <u>助成対象外</u> です。 |                                                             |   |
| 申 請 手 続            | ①予診票交付申請書<br>②印鑑<br>③母子健康手帳<br>④本人確認のできる書類、身分証明書     |                                                             |   |
| 問 合 せ 先            | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                            |                                                             |   |

## 妊婦さんの「お口のドッグ」無料化

妊娠中は口の中の環境や生活・体調の変化により、虫歯や歯周病になりやすく、生まれてくる赤ちゃんに虫歯菌がうつりやすいといわれています。妊婦さんの口腔ケアを支援するために、妊婦さんの「お口のドッグ」を3回まで無料で実施しています。

| 区    | 分                                                       | 内 | 容 |
|------|---------------------------------------------------------|---|---|
| 対象者  | 医療機関で妊娠の診断を受けた方。                                        |   |   |
| 健診内容 | ①予防健診<br>②お口の状態にあった歯磨きの指導<br>③歯の汚れの除去                   |   |   |
| 申込手続 | 昭和村役場保健福祉課または昭和村国民健康保険診療所へ電話等でお申し込みください。                |   |   |
| 問合せ先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）<br>昭和村国民健康保険診療所（0241-57-2643） |   |   |

## おもいやり駐車場利用証の交付

スーパー、病院、公共施設などに設置されている車いすマークの駐車スペースを利用できる人を明確にし、本人に利用証を交付するものです。本人が運転または同乗する自動車を「おもいやり駐車場」に駐車する場合にのみ利用できます。

| 区 分     | 内 容                                                            |
|---------|----------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 妊娠7ヶ月から産後3ヶ月（妊産婦の場合）                                           |
| 申 請 手 続 | ①交付申請書<br>②母子健康手帳<br>③本人確認のできる書類、身分証明書<br>※代理の方が申請する場合は、運転免許証等 |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）<br>会津保健福祉事務所 高齢者支援チーム（0242-29-5272）  |

※利用できる駐車場は、スーパー、医療機関、公共施設など「おもいやり駐車場」のステッカーの表示がある協力施設の駐車場です。

見  
本



## 妊婦相談・訪問

妊婦さんで、安心して出産を迎えるための相談をいつでも受け付けています。また、訪問を希望する場合は、保健師が訪問します。お気軽に相談ください。

| 区 分     | 内 容                         |
|---------|-----------------------------|
| 対 象 者   | 医療機関で妊娠の診断を受け、出産について不安がある方。 |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）   |

### ◆保健師からのアドバイス

理想的な妊娠中の健康診査の回数は次のとおりですので、参考に受診してください。

| 妊娠満23週まで | 妊娠満24週から<br>35週まで | 妊娠満36週から<br>分娩まで |
|----------|-------------------|------------------|
| 4週間に1回   | 2週間に1回            | 1週間に1回           |

## 2. 赤ちゃんが生まれたら

### ● 出産・育児への経済的支援 ●

#### 出産育児一時金

国民健康保険に加入している方が出産したとき出産一時金を支給しています。他の健康保険に加入している方は、職場または加入先の健康保険組合へお問い合わせください。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                                                                                 |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 妊娠85日（12週）以降で出産した方。<br>※死産・流産を含みます。                                                                                                                                                                 |
| 支 給 額   | 出産児1人につき <b>488,000円</b><br>※産科医療補償制度に加入している医療機関での分娩の場合は<br><u>12,000円</u> が増額となります。                                                                                                                |
| 申 請 手 続 | 原則、保険加入者の方に代わり分娩を行った医療機関が代理で支給申請を行い、分娩費用として医療機関に直接支払われます。<br>※世帯主が申請者となり医療機関に事前に申し出が必要です。<br><br>〈分娩費用が支給額に満たなかった場合〉<br>差額分を昭和村役場総務課住民係に申請してください。<br>①支給申請書 ②印鑑 ③申請者（世帯主）名義の預金通帳<br>④医療機関から交付される領収書 |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 総務課 住民係（0241-57-2115）                                                                                                                                                                         |

※ 産科医療補償制度とは・・・お産をしたときなんらかの理由で重度脳性麻痺となった赤ちゃんとそのご家族のことを考えた補償制度です。

#### 出産祝金

人口の増加と若者の定住を図るために、赤ちゃんが生まれた家庭には出産祝金を支給しています。

| 区 分     | 内 容                             |
|---------|---------------------------------|
| 対 象 者   | 新生児を出産した方。                      |
| 支 給 額   | 新生児1人につき<br><b>100,000円</b>     |
| 申 請 手 続 | ①支給申請書 ②印鑑                      |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 産業建設課 観光交流係（0241-57-2124） |

## 児童手当

国・県・村と事業所が費用を負担し、家庭生活の安定と、次代の社会を担う児童の健全育成及び資質の向上を図るため、中学校修了前の児童を養育している方に児童手当を支給しています。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 高校生年代の児童を養育している方。                                                                                                                                        |
| 支 給 額   | 申請した月の翌月から高校生年代まで支給します。<br>3 歳 未 満 15,000円<br>（※第3子以降については 30,000円）<br>3歳以上高校生年代まで 10,000円<br>（※第3子以降については 30,000円）<br>※多子加算の対象は大学生年代（22歳到達後の最初の年度末）までの子 |
| 支 給 日   | 偶数月にそれぞれの前月分まで（2か月分）を支給します。                                                                                                                              |
| 申 請 手 続 | ①支給申請書 ②印鑑 ③請求者（保護者）の健康保険証<br>④個人番号が確認できる書類 ⑤請求者名義の通帳                                                                                                    |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                |

## 子育て支援医療費助成制度

子どもの健康を守り、安心して子育てしやすい環境づくりのために乳幼児、児童の医療費を助成しています。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                  |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 出生の日から18歳に達する年度末までの児童。                                                                                                               |
| 助 成 内 容 | お子さんが病気やケガで健康保険を使って医療機関を受診した際の自己負担金額を助成します。健康保険から高額療養費及び付加給付がある場合には差し引き助成となります。<br>※健康保険が適用されないもの（予防接種、薬の容器代等）は助成対象とはなりませんのでご注意願います。 |
| 助 成 方 法 | 交付された子育て支援医療費受給資格証を医療機関に提示すれば、窓口負担なしで医療を受けることができます。                                                                                  |
| 申 請 手 続 | ①登録申請書 ②印鑑 ③子どもの健康保険証<br>④個人番号が確認できる書類 ⑤請求者名義の通帳<br>⑥市町村民税課税（非課税）証明書<br>（本年の1月1日に住民登録がなかった方のみ）                                       |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                            |

## 未熟児養育医療

身体の発育が未熟のままで生まれ、入院を必要とする児童に対して、その治療に必要な医療費を公費で負担する制度です。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | (1) 出生児の体重が2,000g以下の児童。<br>(2) 出生児の体重が2,000gを越えても、生活力が特に薄弱である児童。                                                                                  |
| 助 成 内 容 | 事前に申請が必要で現物給付のみの給付となります。<br>①診察<br>②薬剤または治療材料の支給<br>③医学的処置、手術及びその他の治療<br>④病院、診療所への入院及びその療養に伴う世話、その他の看護<br>⑤移送<br>上記の <u>入院にかかる医療費</u> のみが対象となります。 |
| 助 成 方 法 | 支給決定された医療券を指定医療機関に提示すれば、世帯の所得に応じた自己負担額で医療を受けることができます。                                                                                             |
| 申 請 手 続 | ①給付申請書 ②意見書 ③印鑑 ③子どもの健康保険証<br>④個人番号が確認できる書類                                                                                                       |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)                                                                                                                        |

## 乳幼児育児用品支給事業

乳幼児の健康保持・増進を図るため、乳幼児を養育している家庭に育児用品の支給を行っています。

| 区 分     | 内 容                                                                                     |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 満2歳に到達する月までの児童。<br>※出生の翌月からの支給となります。                                                    |
| 支 給 品 目 | 対象児1人あたり月額5,000円を限度として以下の品目を支給します。限度額内で複数品目を組み合わせての支給も可能です。<br>①粉ミルク<br>②紙おむつ<br>③おしりふき |
| 支 給 方 法 | 現物支給として毎月15日から月末までに受給者に支給します。                                                           |
| 申 請 手 続 | ①支給申請書 ②印鑑                                                                              |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)                                                              |

## チャイルドシート等貸出事業

お子さんを交通事故から守るために、年齢に応じたチャイルドシート等を貸出する事業です。

| 区 分         | 内 容                                                                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者       | 村内に居住していて満 6 歳未満児をもつ方                                                                                                                   |
| 支 給 内 容     | ①乳児用：出生時から満 1 歳に達するまで<br>②幼児用：おおむね満 1 歳に達した日から満 4 歳に達する日まで<br>③学童用：おおむね満 4 歳に達した日から満 6 歳に達する日まで<br>いずれも費用は無料です。ただし返却時の清掃にかかる費用は利用者負担です。 |
| 申 請 手 続     | ①申請書 ②借用書 ③印鑑                                                                                                                           |
| 問 い 合 わ せ 先 | 昭和村役場 総務課 総務企画係（0241-57-2111）                                                                                                           |

## 育児休業給付金・保険料免除制度

育児休業期間中の子育て家庭への経済的な支援として、本人が加入している雇用保険から給付金の支給、保険料の免除等の支援制度があります。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                                   |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 育児休業を取得しており、一定の条件を満たした方。                                                                                                              |
| 支 給 内 容   | ①育児休業給付金の支給<br>休業前賃金の約 50%相当額の育児休業給付が育児休業終了日までの期間支給されます。給付の上限額が定められています。<br>②社会保険料の免除<br>育児休業期間中の健康保険・厚生年金保険の保険料は被保険者分及び事業主分とも徴収しません。 |
| 申 請 手 続   | 所属している勤務先や社会保険組合などにお問い合わせください。                                                                                                        |
| 問 合 わ せ 先 | ①育児休業給付金<br>所属している勤務先<br>ハローワーク会津若松（0242-26-3333）                                                                                     |
|           | ②社会保険料の免除<br>所属している勤務先<br>加入している健康保険組合                                                                                                |

## 出生届

出産したら14日以内に出生届を提出してください。

| 区 分     | 内 容                         |
|---------|-----------------------------|
| 申 請 手 続 | ①出生届 ②印鑑 ③母子健康手帳            |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 総務課 住民係（0241-57-2115） |

## 乳幼児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん訪問事業）

保健師が乳児のいる全ての家庭を訪問し、様々な不安や悩みを聞き、子育て支援に関する情報提供等を行うとともに、育児相談や健康相談を行っています。

| 区 分     | 内 容                                                                   |
|---------|-----------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 生後4ヶ月になるまでの赤ちゃんのいる全ての家庭。                                              |
| 訪 問 方 法 | 出生届確認後、生後2～3ヶ月後を目安に連絡調整のうえ訪問させていただきます。里帰り先で訪問希望の方は里帰り先の役所にお問い合わせください。 |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                             |

## 産後1ヶ月・生後1ヶ月健診

出産後の母体ケア、お子さんの健やかな育ちを支援するため、お母さんの産後1ヶ月健診と子どもの生後1ヶ月健診にかかる費用の助成を行います。

| 区 分                                                        | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 対 象 者                                                      | 医療機関で産後1ヶ月健診・生後1ヶ月健診を受診した方。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |
| 助 成 手 続                                                    | <table border="1"> <tr> <th>産後1ヶ月健診（お母さん）</th><th>生後1ヶ月健診（赤ちゃん）</th></tr> <tr> <td> <div>支給方法</div> 現物給付<br/> <div>助成上限額</div> 6,550円 </td><td> <div>支給方法</div> 現物給付<br/> <div>助成上限額</div> 5,000円 </td></tr> <tr> <td> ①交付された妊婦健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br/> ②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。 </td><td> ①交付された1ヶ月健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br/> ②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。 </td></tr> </table> | 産後1ヶ月健診（お母さん） | 生後1ヶ月健診（赤ちゃん） | <div>支給方法</div> 現物給付<br><div>助成上限額</div> 6,550円 | <div>支給方法</div> 現物給付<br><div>助成上限額</div> 5,000円 | ①交付された妊婦健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br>②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。 | ①交付された1ヶ月健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br>②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。 |
| 産後1ヶ月健診（お母さん）                                              | 生後1ヶ月健診（赤ちゃん）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |
| <div>支給方法</div> 現物給付<br><div>助成上限額</div> 6,550円            | <div>支給方法</div> 現物給付<br><div>助成上限額</div> 5,000円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |
| ①交付された妊婦健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br>②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。 | ①交付された1ヶ月健康診査受診票を医療機関へ提出してください。<br>②窓口負担なしで健康診査を受けることが可能です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |
| 問 合 せ 先                                                    | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |               |                                                 |                                                 |                                                            |                                                             |

## 産後ケア事業

出産後のお母さんとお子さんのために、助産所等において宿泊または日帰りで母子のケアや授乳指導・育児相談等を受けることができます。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                    |                |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 対 象 者     | 産後 1 年未満の母子のうち、家族等から家事や育児の援助が十分に受けられない方で次のいずれかに該当する方。<br>(1) 出産後の回復に不安がある方<br>(2) 育児に対する不安がある方<br>(3) その他村長が支援を必要と認めた方 |                |
| 利 用 期 間   | 宿泊ケア 7日以内                                                                                                              | 日帰りケア 5日以内     |
| 利 用 者 負 担 | 宿泊ケア 1泊2日3,000円<br>その後、1泊ごとに3,000円                                                                                     | 日帰りケア 1日1,500円 |
| 申 請 手 続   | ①申請書 ②印鑑 ③母子健康手帳                                                                                                       |                |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)                                                                                             |                |

## 新生児聴覚検査

新生児の聴覚障がいを早期に発見し、早期に適切な療育につなぐことで言語獲得ができるよう支援するため、検査費用の助成を行います。

| 区 分       | 内 容                                                                                               |                                                                                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 新生児                                                                                               |                                                                                                                                     |
| 助 成 限 度 額 | 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) 8,040円<br>耳音響放射検査 (OAE) 3,000円                                                  |                                                                                                                                     |
| 助 成 手 続   | 福島県内の医療機関                                                                                         | 福島県外の医療機関                                                                                                                           |
|           | <div>支給方法</div> <div>現物給付</div> <p>①交付された新生児聴覚検査受検票を医療機関へ提出してください。<br/>②窓口負担なしで検査を受けることが可能です。</p> | <div>支給方法</div> <div>償還払い</div> <p>①検査を受けた後、昭和村役場保健福祉課に申請してください。<br/>(1)領収書(2)申請者名義の預金通帳(3)印鑑が必要です。<br/>②後日、指定された口座に助成金を振り込みます。</p> |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)                                                                        |                                                                                                                                     |

### 3. 乳幼児期の子育て支援

#### つどいの場（つみきクラブ）

親子、妊婦さんが自由に利用でき、子育ての不安や悩みなどに対する相談や情報交換を行う交流の場を提供します。申し込みは必要ありませんので、気軽にご利用ください。

| 区 分     |       | 内 容                                                                            |
|---------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   |       | 就学前の児童とその保護者、妊婦さん。                                                             |
| 内 容     | 日 時   | 毎週水曜日 9時00分 ～ 11時45分                                                           |
|         | 場 所   | すみれ荘 保健相談室<br>(ロビーもご利用いただけます。)                                                 |
|         | そ の 他 | 毎週水曜日以外にも「手形足形づくり」や保育所行事の「七夕」「豆まき」などへの参加等を実施しています。対象者には案内通知を送付いたしますので、ご確認ください。 |
| 問 合 せ 先 |       | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)                                                     |

#### 公立保育所（昭和村保育所）

保護者の仕事や病気などにより家庭で十分に保育ができない場合、保護者に代わり保育所でお子さんを保育します。友だちや先生との関わりを通して、社会性を身につけられるよう、お子さんの心身の調和のとれた発達を支援していきます。

| 区 分         |  | 内 容                                                                          |
|-------------|--|------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者       |  | 満1歳から就学前までの児童。                                                               |
| 保 育 所 名     |  | 昭和村保育所 【定員：45名】                                                              |
| 保 育 実 施 場 所 |  | 〒968-0103<br>昭和村大字下中津川字中島1613                                                |
| 保 育 時 間     |  | 月曜日から土曜日〔祝祭日、年末年始を除く日〕<br>開所時間 7時30分 ～ 18時30分<br>※土曜日の利用希望については事前にご連絡ください。   |
| 保 育 料       |  | 保育料は平成31年度より無償といたします。                                                        |
| 入 所 手 続     |  | 随時入所申込みを受け付けております。<br>(入所希望日の1ヶ月前までにお手続きをお願いします。)<br>①入所申込書 ②印鑑 ③父母の就労証明書 など |
| 問 合 せ 先     |  | 昭和村役場 保健福祉課 (0241-57-2645)<br>昭和村保育所 (0241-57-2207)                          |

## 4. 小・中学生に関する子育て支援

### 放課後児童クラブ

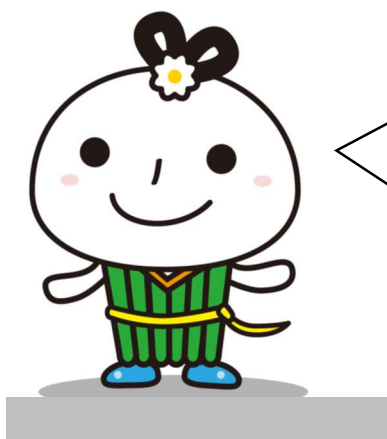
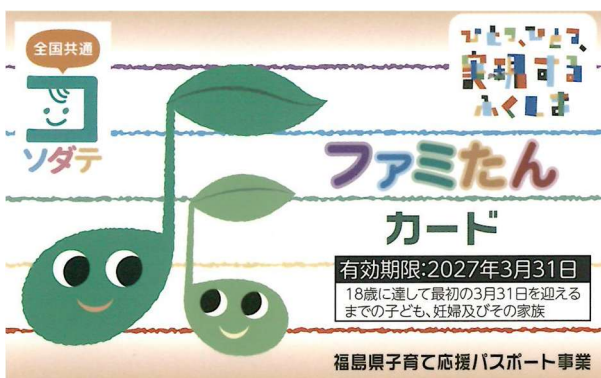
放課後や長期休業中に、就労などにより保護者が家庭にいない小学生に対し、適切な遊びや生活支援を行う場を提供しています。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                       |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 小学1年生から小学6年生までの児童。                                                                                                                        |
| ク ラ ブ 名 | 昭和村放課後児童クラブ                                                                                                                               |
| 実 施 場 所 | 〒968-0103<br>昭和村大字下中津川字住吉415<br>昭和村公民館                                                                                                    |
| 保 育 時 間 | 月曜日から金曜日〔祝祭日、年末年始を除く日〕<br><div> <div>通 常 時</div> <div>放 課 後 ～ 18時00分</div> </div> <div> <div>長期休業時</div> <div>8時00分 ～ 18時00分</div> </div> |
| 利 用 料 金 | 無料<br>※傷害保険料（年間800円）やおやつ代が別途かかります。                                                                                                        |
| 申 込 手 続 | ①登録申請書 ②印鑑 ③子どもの健康保険証 など                                                                                                                  |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                 |

## 子育て応援パスポート（ファミたんカード）

福島県では、社会全体で子育てしやすい環境づくりを推進するため、市町村や事業者と連携して、子育て応援パスポート事業を行っています。あらかじめ、県から承認を受けた協賛店舗等にてこのカードを提示することにより、さまざまな子育て応援サービスが受けられます。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 18歳に達する年度末までのお子さんがいる家庭。<br>子ども1人につき1枚交付されます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| サービス内容  | <p>サービスは協賛店のご厚意によるものですので、店舗によって内容が異なります。HPで各協賛店のサービスの 内容を確認することができます。</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;">  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             右のQRコードからサービス<br/>内容を確認できます！         </div>  </div> |
| そ の 他   | 47 都道府県すべてでファミたんカードが使える、各県の優待サービスを利用できます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 申 請 方 法 | 昭和村役場保健福祉課にてカードを受け取ることができます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 問 合 せ 先 | 福島県 子育て支援課（024-521-7198）<br>昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



右の  
全国共通ロゴマーク  
を見かけたら  
なにかおトクな割引や  
サービスがある  
目印です！



## 就学援助制度

経済的な理由により、小学校・中学校に通う児童の就学にお困りで、援助を希望する保護者の方に対して、学用品費等の就学上必要な経費の一部を援助する制度です。

| 区 分               | 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|--------|---------|-------------------|---------|-----------------|-------|-------------|--------|-------------|--------|--------------|--|
| 対 象 者             | <p>以下の基準に該当する小学校・中学校に通う児童生徒の保護者で、教育委員会が認定する方。</p> <p>(1) 生活保護が停止、廃止となっている方。<br/> (2) 村民税が非課税または減免を受けている方。<br/> (3) 個人の事業税の減免を受けている方。<br/> (4) 固定資産税の減免を受けている方。<br/> (5) 国民年金の保険料の減免を受けている方。<br/> (6) 国民健康保険料の減免または徴収の猶予を受けている方。<br/> (7) 児童扶養手当の支給を受けている方。<br/> (8) 生活福祉資金制度による貸付を受けている方。</p> <p>※上記に該当する方以外でも一定の基準に該当すれば就学援助の対象となる場合もあります。</p>                                                                                                     |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| 援 助 内 容           | <p>就学援助の認定を受けた方は、以下の項目について援助を受けることができます。</p> <table border="0"> <tr> <td>①学用品費</td><td>⑧就学旅行費</td></tr> <tr> <td>②通学用品費</td><td>⑨新入学用品費</td></tr> <tr> <td>③校外活動費（宿泊を伴わないもの）</td><td>⑩クラブ活動費</td></tr> <tr> <td>④校外活動費（宿泊を伴うもの）</td><td>⑪生徒会費</td></tr> <tr> <td>⑤体育実技用品費 柔道</td><td>⑫PTA会費</td></tr> <tr> <td>⑥体育実技用品費 剣道</td><td>⑬学校給食費</td></tr> <tr> <td>⑦体育実技用品費 スキー</td><td></td></tr> </table> <p>※就学援助の認定を受けた日や児童の学年等により該当にならない項目があります。</p> | ①学用品費 | ⑧就学旅行費 | ②通学用品費 | ⑨新入学用品費 | ③校外活動費（宿泊を伴わないもの） | ⑩クラブ活動費 | ④校外活動費（宿泊を伴うもの） | ⑪生徒会費 | ⑤体育実技用品費 柔道 | ⑫PTA会費 | ⑥体育実技用品費 剣道 | ⑬学校給食費 | ⑦体育実技用品費 スキー |  |
| ①学用品費             | ⑧就学旅行費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ②通学用品費            | ⑨新入学用品費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ③校外活動費（宿泊を伴わないもの） | ⑩クラブ活動費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ④校外活動費（宿泊を伴うもの）   | ⑪生徒会費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ⑤体育実技用品費 柔道       | ⑫PTA会費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ⑥体育実技用品費 剣道       | ⑬学校給食費                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| ⑦体育実技用品費 スキー      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| 申 込 手 続           | <p>下記の必要書類を添付の上、各学校へお申し込みください。</p> <p>①申請書（用紙は各学校、教育委員会にあります。） ②印鑑</p> <p>※現在収入のない方 前年度の所得証明書</p> <p>※会社に勤めている方 前年分源泉徴収票、直近の給与支払明細書</p> <p>※自営業等営業所得のある方 前年分確定申告書の控え</p>                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |
| 問 合 せ 先           | 昭和村 教育委員会（0241-57-2164）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |        |        |         |                   |         |                 |       |             |        |             |        |              |  |



## 5. 障がいのある子どもの支援

### 療育手帳

知的障がいを有する児童が各種の援護や制度上の便宜を受けるために、療育手帳を交付します。

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 児童相談所で知的障がいと判定された方。<br>※等級は大きくAとBに分かれています。                                                                                          |
| 申 請 手 続 | 手帳交付申請書類は、次のとおりです。<br>①交付申請書 ②印鑑 ③本人の写真（タテ4cm×ヨコ3cm 上半身 無帽のもの） ④他の障がい者手帳の交付を受けている場合はその手帳（所持者のみ） ⑤特別児童扶養手当を受けている方はその証書 ⑥個人番号が確認できる書類 |
| 届 出 等   | 手帳交付後、次のようなときは届出をしてください。<br>①住所や氏名、障がい程度に変更が生じるとき<br>②手帳を紛失・破損したとき<br>※手帳には有効期限がありますので、次回判定日前に再度判定を受けてください。                         |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                           |

### 障がい福祉サービスの利用

障がいのある児童に対して、年齢や障がい特性に応じた専門的かつ適切な支援、サービスを提供します。現在、村内には障がい福祉サービスを提供している事業所がありませんので、村外での利用となります。

| 区 分                                  |                        | 内 容                                                            |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 対 象 者                                |                        | 身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳を持っている児童、難病患者等および児童発達支援の必要性が認められる児童。 |
| 主<br>な<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>内<br>容 | 児童発達支援                 | 日常生活における基本的動作の指導、知識や技能の付与または集団生活への適応のために訓練を行う療育の場を提供します。       |
|                                      | 医 療 型 児 童<br>発 達 支 援   | 児童発達支援および治療の提供を行います。                                           |
|                                      | 放 課 後 等<br>デ イ サ ー ビ ス | 学校通学中の障がい児に対して、放課後や夏休み等の長期休暇中において、生活能力向上のための訓練等を継続的に提供します。     |
|                                      | 保 育 所 等<br>訪 問 支 援     | 保育所等を現在利用中（今後利用予定）の障がい児に保育所等における集団生活の適応のための専門的な支援を行います。        |
| 利 用 料                                |                        | 世帯の所得に応じて自己負担額が決定します。                                          |
| 申 請 手 続                              |                        | ①支給申請書 ②印鑑 ③障がい者手帳（所持者のみ） ④その世帯の課税状況が分かるもの ⑤個人番号が確認できる書類等      |
| 問 合 せ 先                              |                        | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                      |

## 自立支援医療（育成医療）

身体に障がいや病気があり、放置すると将来身体に障がいが残る可能性があるが手術等の治療で障がいの改善が期待できる児童に対して、医療費の一部を助成する制度です。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                       |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 身体上に障がいがあり、そのまま放置すると将来一定の障がいを残すとみられる18歳未満の児童で、手術等の治療によって確実な治療効果が期待できるもの。                                                  |
| 対 象 疾 患   | 肢体不自由、視覚障がい、聴覚・平衡機能障がい、音声・言語機能障がい、心臓機能障がい、腎臓・小腸障がい、肝臓機能障がい、その他内臓障がい、免疫機能障がい                                               |
| 自 己 負 担 額 | 市町村民税（所得割）額に依りて、自己負担額が決定します。<br>※入院時の食費は原則自己負担になります。                                                                      |
| 申 請 手 続   | ①自立支援医療（育成）支給認定申請書 ②育成医療意見書(所定の様式) ③健康保険証（保護者と子ども分） ④印鑑 ⑤市町村民税課税証明書 ⑥国保カード式の方は住民票謄本 ⑦腎臓機能障がいに対する人工透析療法の場合は、特定疾病療養受領証の写し 等 |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                 |

## 特別児童扶養手当

身体または精神に障がいを有する児童の福祉の増進を図ることを目的に、手当を支給しています。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                                                        |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 身体または精神に中度または重度の障がい（下記の障がい程度を参照）を有する20歳未満の児童を監護している父母、または父母にかわって児童を養育している方。<br>①身体障がい者手帳1～3級、及び4級の一部<br>②療育手帳A・B<br>③身体または精神の障がい重複する場合であって、①・②と同程度の状態にあること |
| 支 給 制 限   | ①所得制限（手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき、または手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき）に該当する方。<br>②施設に入所中の方。<br>③障がいを理由とする公的年金を受給している方。                            |
| 手 当 月 額   | 1級 56,800円<br>2級 37,830円<br>(令和7年4月より)                                                                                                                     |
| 手 当 の 支 給 | 4月、8月、12月に4ヶ月分をまとめて支払います。                                                                                                                                  |
| 申 請 手 続   | ①認定請求書 ②所得状況届 ③戸籍謄本、住民票写し ④診断書（省略できる場合があります） ⑤印鑑 ⑥請求者名義の通帳 ⑦個人番号が確認できる書類 等                                                                                 |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                  |

## 障がい児福祉手当

重度障がいを有する児童の福祉の向上を図ることを目的に、精神的、物質的な特別の負担の軽減の一助として手当を支給しています。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                              |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 20歳未満であって、身体または精神に重度の障がいを有する方で、日常生活において常時介護を必要とする方。                                                                              |
| 支 給 制 限   | ① 所得制限（手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき、または手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき）に該当する方。<br>②施設に入所中の方。<br>③障がいを理由とする公的年金を受給している方。 |
| 手 当 月 額   | 16,100円 (令和7年4月より)                                                                                                               |
| 手 当 の 支 給 | 2月、5月、8月、11月に3ヶ月分をまとめて支払います。<br>申請月の翌月分から手当が支給となります。                                                                             |
| 申 請 手 続   | ①認定請求書 ②受給資格者の戸籍謄本または世帯全員の住民票の写し ③所得状況届 ④診断書 ⑤印鑑 ⑥金融機関の通帳写し（本人の口座） ⑦個人番号が確認できる書類 等                                               |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）<br>会津保健福祉事務所 障がい者支援チーム（0242-29-5275）                                                                   |

## 障がい児に関する相談支援窓口

障がい児支援にかかる各種制度の情報提供及び相談を次の機関で行っています。

- ・子どもの養育に悩んでいるとき
- ・生活上、子ども自身が悩んでいるとき
- ・子どもの支援制度に関してわからないとき

| 機関名                                                    | 住所・連絡先                                                                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 昭和村役場<br>保健福祉課 保健福祉係                                   | 昭和村大字小中津川字石仏1836<br>☎0241-57-2645                                       |
| 会津児童相談所                                                | 会津若松市一簀町大字八幡字門田1-3<br>☎0242-23-1400                                     |
| 福島県障がい者総合福祉センター<br>（総務課）<br>（身体障がい者福祉課）<br>（知的障がい者福祉課） | 福島市杉妻町2-16 福島県庁北庁舎1階<br>☎024-521-2823<br>☎024-521-2824<br>☎024-521-2822 |
| 福島県総合療育センター                                            | 郡山市富田町字上の台4-1<br>☎024-951-0250                                          |
| 福島県発達障がい者支援センター                                        | 郡山市富田町字上の台4-1 南棟2階<br>☎024-951-0352                                     |

## 5. ひとり親家庭への支援

### 児童扶養手当

父または母と生計を共にできない児童が養育されている家庭の生活の安定と自立を助けるために、児童の父もしくは母、養育者に手当を支給しています。

| 区 分       | 内 容                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者     | 父母の離婚などの理由で配偶者のいない（父または母が一定の障がいを持っている）18歳に達する年度末までの児童を看護している父、母または養育者。                                                               |
| 支 給 制 限   | ①所得制限（手当を請求する方の前年の所得が一定金額以上であるとき、または手当を請求する方と同居している配偶者及び扶養義務者の前年の所得が一定金額以上あるとき）に該当する方。<br>②施設に入所中の方。                                 |
| 手 当 月 額   | ① 月額<br>・全部支給 46,690円<br>・一部支給 11,010円 ～ 46,680円<br><br>② 加算額（児童2人目以降1人につき）<br>・全部支給 11,030円<br>・一部支給 5,520円 ～ 11,020円<br>(令和7年4月より) |
| 手 当 の 支 給 | 奇数月（1月、3月、5月、7月、9月、11月）に2ヶ月分をまとめて支払います。                                                                                              |
| 申 請 手 続   | ①認定請求書 ②所得状況届 ③戸籍謄本、住民票写し ④診断書（省略できる場合があります） ⑤印鑑 ⑥請求者名義の通帳 ⑦個人番号が確認できる書類 等                                                           |
| 問 合 せ 先   | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                            |

## ひとり親家庭医療費助成制度

ひとり親家庭及び父母のいない児童にかかる医療費の一部を助成します。（ただし、所得制限があります。）

| 区 分     | 内 容                                                                                                                                                                                                           |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者   | 18歳に達する年度末までの児童を監護している配偶者のいない父または母とその児童。                                                                                                                                                                      |
| 助 成 内 容 | 対象者が医療機関で支払った医療費の自己負担分について、同一受診月毎に1世帯の自己負担額を合算して一月に1,000円を超えた金額を助成します。                                                                                                                                        |
| 助 成 方 法 | <p>交付された<b>母子家庭医療費受給者証</b>を提示していただくことで、一月に1,000円を超える窓口でのお支払いはなくなります。</p> <p>＊県内医療機関等受診の場合のみ</p> <p>＊県外医療機関等の場合は、一度全額お支払いいただいた領収書を保健福祉課までお持ちください。</p> <p>＊健康保険が適用されないもの（予防接種、薬の容器代等）は助成対象とはなりませんのでご注意願います。</p> |
| 申 請 手 続 | <p>①登録申請書 ②印鑑 ③保護者と子どもの健康保険証</p> <p>④請求者名義の通帳 ⑤市町村民税課税（非課税）証明書（本年の1月1日に住民登録がなかった方のみ）</p>                                                                                                                      |
| 問 合 せ 先 | 昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                                                                                                                     |



## 母子・寡婦福祉資金貸付金

経済的な自立や児童の修学などに必要な資金を借りることができます。貸付金の種類には、修学資金・生活資金・就学支度資金などさまざまな種類があります。

| 区 分                        |         | 内 容                                                                                                                                           |
|----------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 対 象 者                      |         | 20歳未満の児童を養育している配偶者のいない父または母とその児童。                                                                                                             |
| 主<br>な<br>貸<br>付<br>内<br>容 | 修 学 資 金 | 児童が高校、大学、専門学校へ進学するための資金。                                                                                                                      |
|                            | 修 業 資 金 | 児童が事業を開始し、または就職するために必要な知識技能を習得するための資金。                                                                                                        |
|                            | 就学支度資金  | 児童が小学校、中学校、高校、大学、専門学校、修業施設に進学するために必要な資金。                                                                                                      |
|                            | 生 活 資 金 | 母子家庭となって間もない期間、失業期間中などの生活維持に必要な経費。                                                                                                            |
|                            | 転 宅 資 金 | 自立に向けた転居に必要な経費。                                                                                                                               |
| 申 請 方 法                    |         | 昭和村役場保健福祉課で受付を行っており、申請後は、会津保健福祉事務所で書類審査を行い貸付決定します。申請受付から貸付の可否決定及び貸付金振込みまで約2ヶ月程度の期間を要します。<br><b>※貸付申請前に事前相談が必要です。</b> 貸付申請の希望がある場合は早めにご相談ください。 |
| 申 請 手 続                    |         | ①貸付申請書 ②印鑑 ③戸籍全部事項証明 ④世帯全員の住民票 ⑤世帯全員の所得証明書など所得の分かる書類 ⑥保証人の住民票 ⑦保証人の所得証明書など所得の分かる書類 等                                                          |
| 問 合 せ 先                    |         | 会津保健福祉事務所 障がい者支援チーム（0242-29-5275）<br>昭和村役場 保健福祉課（0241-57-2645）                                                                                |

## 女性のための相談支援窓口

女性が抱えるさまざまな問題の解決をお手伝いします。

- ・夫や恋人からの暴力（DV）で悩んでいるとき
- ・家庭内の不和やいざこざで悩んでいるとき
- ・離婚、男女関係のトラブルで悩んでいるとき



女性に対する暴力根絶のためのシンボルマーク

| 機関名                     | 住所・連絡先                            |
|-------------------------|-----------------------------------|
| 福島県女性のための相談支援センター       | 福島県福島市上浜町6-3<br>☎024-522-1010     |
| DV相談ナビ<br>(内閣府 男女共同参画局) | 東京都千代田区永田町1-6-1<br>☎0570-0-55210  |
| 会津保健福祉事務所               | 福島県会津若松市城東町5番12号<br>☎0242-29-5278 |

## おわりに

これからの子育ては、子どもにとって一番身近な親御さんはもちろんのこと、地域全体で応援していくことが大切です。

この『子育て支援ガイドブック』は安心して出産・子育てができるよう支援するためにつくられました。

昭和村で利用できるサービスや、育児にかかわる情報がまとめてあります。何か、心配なとき、困ったときにも是非この冊子を開いてみてください。

少しでも皆様のお役に立てることを願っています。

## 昭和村子育て支援ガイドブック

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 平成28年3月16日発行（初版） | 令和4年4月1日発行（第6版） |
| 平成29年5月8日発行（第2版） | 令和5年4月1日発行（第7版） |
| 平成30年4月2日発行（第3版） | 令和6年4月1日発行（第8版） |
| 平成31年4月1日発行（第4版） | 令和7年4月1日発行（第9版） |
| 令和2年4月1日発行（第5版）  |                 |

発行 昭和村役場 保健福祉課

〒968-0104

福島県大沼郡昭和村大字小中津川字石仏1836

電話 0241-57-2645