

4 월호
2024년

다문화공생정보플라자소식

◇발행 : 히가시오사카시 다문화공생정보플라자 (매월 1회 발행)

〒577-8521 東大阪市荒本北 1-1-1 市役所 16階 ◇전화 06-4309-3311 / 팩스 06-4309-3823

◇<https://www.city.higashiosaka.lg.jp/category/30-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0.html>



← 다문화공생정보플라자 소식을 메일로 수신을 원하시는 경우 여기를 스캔해 주십시오.

취학비용을 원조합니다

しゅうがくひよう えんじょ
就学費用を援助します

경제적인 이유로 아이가 의무교육을 받는 것이 곤란한 보호자분에게 취학비용의 일부를 원조합니다.(세대소득합계액의 제한 있음)

◆대상: 시내에 거주하며 시립 초·중·의무교육학교에 통학하고 있는 아이가 있는 세대

◆신청방법: 신청서를 4월 4일(목)~30일(화)에 통학하고 있는 학교 또는 시청본청사 17층 학사과로 직접 또는 전자 신청 시스템으로 신청 ※우송불가

※신청서는 4월 상순에 학교에서 배부.

초·중·의무교육학교에 각각 아이가 통학하고 있는 경우는 신청서 1장으로 신청 가능합니다.

2024년 1월 1일 현재, 시내에 주민등록이 없는 경우는 신청서와는 별도로 2024년도 시·부(현)민세 과세증명서(6월이후 발행가능)를 취득한 후 제출해 주십시오. 지금까지 취학원조를 받고 있는 분(입학준비금을 포함)으로 계속해서 취학원조를 희망하는 분도 새롭게 다시 신청이 필요합니다.

けいざいでき りゆう こ ぎ むきょういく う こんなん
経済的な理由で、子どもに義務教育を受けさせることが困難な
ほごしゃ かた しゅうがくひよう いちぶ えんじょ せたい しよくごうけい
保護者の方へ、就学費用の一部を援助します(世帯の所得合計
がく せいげん
額の制限あり)

たいしやう しなゐざいじゆう しりつしやう ちゆう ぎ むきょういくがっこう つうがく
◆対象: 市内在住で市立小・中・義務教育学校に通学してい
る子どもがいる世帯

もうしこみほう ほんしんせいしや がつよつか もく にち か つうがく
◆申込方法: 申請書を 4月4日(木)~30日(火)に通学してい
る学校または市役所本庁舎17階学事課へ直接または電子申請
システムで ※郵送不可

しんせいしや がつじやうじゆん がっこう はいふ しやう ちゆう ぎ むきょういくがっこう
※申請書は4月上旬に学校で配布。小・中・義務教育学校そ
れぞれに子どもが通学している場合は、申請書は1枚で可。

れいわ ねん がつついたちげんざい しなゐ じゆうみんとろく ばあい しんせいしや
令和6年1月1日現在、市内に住民登録がない場合は、申請書と
べつ れいわ ねんどし ふ けん みんぜいかぜいしやうめいしや がつこうほつこう
は別に令和6年度市・府(県)民税課税証明書(6月以降発行
かのう しよく ていしゆつ しゅうがくえんじよ
可能)を取得のうえ、提出してください。これまで就学援助を
う べつ にゅうがくじゆんびひ ふく ひ つづ しゅうがくえんじよ
受けていた方(入学準備費を含む)で、引き続き就学援助を
きぼう かた あら てつづ ひつやう
希望する方も新たに手続きが必要です。

문의: 학사과 TEL 06-4309-3272 / FAX 06-4309-3838

といあわ さき がくじか
問合せ先: 学事課

4월부터 아동부양수당·특별아동부양 수당액이 개정되었습니다

がつ じどうふやうであて とくべつじどうふやうであて てあてがく かいいてい
4月から児童扶養手当・特別児童扶養手当の手当額が改定されます

개정 후의 수당액

【아동부양수당】

전부지급 = ▷첫째아이 = 45500 엔, ▷둘째아이 = 10750 엔

▷셋째아이 이후 = 6450 엔/1인당

일부지급 =▷첫째아이 = 10740 엔 ~ 45490 엔

▷둘째아이 = 5380 엔 ~ 10740 엔

▷셋째아이 이후 = 3230 엔 ~ 6440 엔/1인당

【특별아동부양수당】

한 사람당▷1급 = 55350 엔 ▷2급 = 36860 엔

かいいてい ご てあてがく
改定後の手当額

じどうふやうであて
【児童扶養手当】

ぜんぶしきゆう だい し まん えん だい し まん えん
全部支給 =▷第1子 = 4만 5500 엔, ▷第2子 = 1만 750 엔

だい しいこう えん にん
▷第3子以降 = 6450 엔/人

いちぶしきゆう だい し まん えん まん えん
一部支給 =▷第1子 = 1만 740 엔 ~ 4만 5490 엔,

▷第2子 = 5380 엔 ~ 1만 740 엔

▷第3子以降 = 3230 엔 ~ 6440 엔/人

とくべつじどうふやうであて
【特別児童扶養手当】

ひとり きゆう まん えん きゆう まん えん
一人につき▷1級 = 5만 5350 엔 ▷2級 = 3만 6860 엔

문의: 국민연금과 TEL 06-4309-3165 / FAX 06-4309-3805

といあわ さき こく민ねんきんか
問合せ先: 国民年金課

부영주택 입주자

ふえいじゆうたく にゅうきよしゃ
府営住宅の入居者

부영주택 입주자를 1년에 6회 모집합니다.(4월, 6월, 8월, 10월,

ふえいじゆうたく にゅうきよしゃ ねん かいほしゆう がつ がつ がつ
府営住宅の入居者を年6回募集します。(4월, 6월, 8월, 10월,

多文化共生情報プラザだより (韓国・朝鮮語)

<p>12 월, 2 월) 신청에는 수입기준 등의 요건이 있습니다. 모집방법: 신청서를 접수기간(소인유효)에 우송 또는 부영주택 후세관리센터 웹사이트에서 신청 ※모집안내나 신청서는 부영주택후세관리센터, 시영주택관리센터, 시청본청사, 행정서비스센터, 복지사무소 등에서 배부</p>	<p>が 月、12月、2月) 申し込みには、収入基準などの要件があります。 申込方法: 申込書を受付期間(消印有効)に郵送または府営 住宅布施管理センターウェブサイトから ※募集案内や申込書は、府営住宅布施管理センター、市営 住宅管理センター、市役所本庁舎、行政サービスセンター、 福祉事務所などで配付。</p>
--	--

문의: 부영주택 후세관리센터 TEL 06-6789-0321 / FAX 06-6789-0322 問合せ先: 府営住宅布施管理センター

홍역 풍진 혼합 (MR) 백신 접종 비용을 조성합니다 麻疹風しん混合(MR)ワクチン接種費用を助成します

<p>풍진은 임신중(특히 임신초기)인 여성이 감염되면 심질환이나 백내장, 청력장애 등, 선천성 풍진 증후군에 걸린 아이가 태어날 가능성이 높아집니다. 시에서는 신생아의 발병을 예방하기 위해 풍진항체역가가 낮은 대상자에게 홍역 풍진 혼합(MR) 백신 접종 비용을 조성하고 있습니다. ◆대상자 【풍진항체검사 및 임의의 홍역풍진혼합(MR)백신·풍진백신】 진료를 받을 때 히가시오사카시에 주민등록이 되어 있으며, ①~③중 어느 것에 해당하는 분 ① 임신을 희망하는 1974년 4월 2일~2006년 4월 1일에 출생한 여성(임산부는 제외) ② 위의 ①의 배우자 또는 동거하는 파트너로 2006년 4월 1일 이전에 출생한 남성 ③ 항체역가가 낮은 임산부의 배우자 및 동거하는 파트너로 2006년 4월 1일 이전에 출생한 남성 ◆실시기간: 내년 3월 31일까지 ◆조성횟수: 1회 상세한 내용은 문의하시기 바랍니다.</p>	<p>風しんは妊娠中(特に妊娠初期)の女性が感染すると、心疾患 や白内障、聴力障害など、先天性風しん症候群の子ども が生まれてくる可能性が高くなります。市では、出生児の発症 を予防するため、風しんの抗体価が低い対象者に麻疹風しん 混合(MR)ワクチンの接種費用を助成しています。 ◆対象者 【風しん抗体検査および任意麻疹風しん混合(MR)ワクチ ン・風しんワクチン】 受診時に本市に住民登録があり、①~③のいずれかに該当する方 ①妊娠を希望する昭和49年4月2日~平成18年4月1日生まれ の女性(妊婦を除く) ②上記①の配偶者または同居のパートナーで、平成18年4月1 日以前生まれの男性 ③抗体価が低い妊婦の配偶者および同居のパートナーで、平成 18年4月1日以前生まれの男性 ◆実施期間: 来年3月31日まで ◆助成回数: 1回 詳しくは下記までお問合せください。</p>
--	---

문의: 감염증대책과 TEL072-960-5805 / FAX072-960-3809 問合せ先: 感染症対策課

유방암(맘모그래피)의 검진 乳がん(マンモグラフィ)検診

장소 場所	일시 日時	신청방법 申込み方法
히가시보건센터 東保健センター	2024년 5/8(수) 13:20~ 2024年5/8(水) 13:20~	30명(신청선착순) 전화로 신청 30人(申込先着順)電話で
니시보건센터 西保健センター	2024년 5/9(목) 13:15~15:30 2024年5/9(木) 13:15~15:30	35명(신청선착순) 전화 또는 직접 신청 35人(申込先着順)電話または直接
나카보건센터 中保健センター	2024년 5/30(목) 9:10~15:45 2024年5/30(木) 9:10~15:45	56명(신청선착순) 전화로 신청 56人(申込先着順)電話で

◆대상: 2024년 4월 1일 현재 40세 이상의 짝수연령 여성 対象: 令和6年4月1日現在、40歳以上の偶数年齢の女性
◆요금: 800 엔 料金: 800円 ◆지참물: 문진표, 히가시오사카시 암검진 진찰증, 큰 수건 持ち物: 問診票、市がん検診受診証、バスタオル

신청/문의: 히가시 보건센터 TEL 072-982-2603 / FAX 072-986-2135
나카 보건센터 TEL 072-965-6411 / FAX 072-966-6527
니시 보건센터 TEL 06-6788-0085 / FAX 06-6788-2916
申込み・問合せ先: 東保健センター/ 中保健センター/ 西保健センター