



アンケート用紙

※ 御回答いただく内容は、お送りさせていただきました宛名のお子様について、御記入ください。

問1 お子様の年代は、次のうちどちらになりますか。

- ① 小学校入学前
- ② 小学生
- ③ 中学生
- ④ 高校生年齢

問2 お子様が悪療機関で受診する回数は、年間どのくらいですか。

- ① 年1～2回程度
- ② 年3～4回程度
- ③ 年5～11回程度
- ④ 年12～24回程度（月1～2回程度）
- ⑤ 年36～48回程度（月3～4回程度）
- ⑥ 年60回以上（月5回以上）

問3 お子様が悪療機関を受診する主な理由は、どちらになりますか（複数回答可）。

- ① 急な発熱、風邪等の疾患
- ② アレルギー等慢性的な疾患（喘息、花粉症等）
- ③ 捻挫、骨折等の怪我（部活動等の怪我也含む。）
- ④ 虫歯などの歯の疾患
- ⑤ その他（ ）

問4 子ども医療費助成の対象は、いつまでが妥当だと思いますか。

- ① 小学校入学まで
- ② 小学校卒業まで
- ③ 中学校卒業まで
- ④ 高校生年齢まで
- ⑤ その他（ ）

～裏面に続きます。～

問5 子ども医療費助成制度は、どのような点で生活に役立つと思いますか
(複数回答可)。

- ① 経済的負担の軽減
- ② 早期治療による子どもの健全な成長促進
- ③ 子育て環境の整備による少子化対策
- ④ その他()

【自由記載欄】

子ども医療費助成制度について、御意見及び御要望がありましたらお聞かせください。

以上で質問は終わりです。御協力ありがとうございました。
同封の返信用封筒により、郵便ポストに御投函
いただきますようお願いいたします。

※ 市役所本庁舎2階8番窓口「子育て給付課」
でも提出を受け付けます。



厚木市マスコットキャラクター

あゆみ回ちゃん