

作成例

※ 件名以下は陳情令和3年第19号を参照。

令和〇年〇月〇日

沖縄県議会議長 殿

①宛名は「沖縄県議会議長」として
ください。

③陳情（請願）者の氏
名（署名または記名押
印）をご記入ください。

⑥請願の場合には、紹
介議員の署名または
記名押印が必要です。

④陳情（請願）者の住
所をご記入ください。

②提出年月日をご
記入ください。

住 所：〇〇市〇〇1-2-3

団 体 名：一般社団法人 〇〇協会

代表者名：会長 〇〇 〇〇 印

連絡先：(098)〇〇〇-〇〇〇〇

紹介議員：〇〇 〇〇 印

陳情（請願）の内容が確認で
きる件名をご記入ください。

こども医療費助成制度の拡充に関する陳情（請願）

沖縄県は、全国的にも年少人口の比率が高い一方で、子供の貧困率も非常に高いと言われている。また、昨今の新型コロナウイルスの影響等により、収入の減少や医療に係る負担増で、生活は厳しくなることが想定される。このような状況の中、子育て世帯に対する医療費負担軽減は喫緊の課題であり、医療費助成制度の拡充は重要な施策である。県内の一部市町村においては、独自施策として助成制度の拡充を図っているが、総じてその費用負担増が課題となっている。

については、下記事項につき配慮してもらいたい。

記

⑤陳情（請願）の趣旨
（願意）を簡潔にご記
入ください。

- 1 こども医療費助成制度の通院対象年齢の拡大について、県が示している2段階方式ではなく、段階を経ずに一挙に中学校卒業まで拡大し、令和3年度を開始年度とすること。
- 2 通院対象年齢を拡大する場合は、こども医療システムの改修とそれに要する費用の確保について相当の期間が必要であることから、早急に開始年度を明確に示すこと。