

妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書

		収受日 (市町村記載欄)	年 月 日
住所	〒	電話	
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日

【妊婦健診を実施した施設】

施設名		所在地	
分娩日	年 月 日	住所地からの移動に要した時間(片道)	分

【交通費】

利用日		交通手段	要した費用	
			交通費	有料道路通行料
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
年 月 日	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車	円	円
要した費用(計)	円			

【助成金申請額(交通費)】

区分	交通費計	有料道路交通料計	合計	市町村助成決定額 (市町村記載欄)
合計	円	円	円	円

【申請上の注意】

- (1)申請書提出の際に、母子健康手帳写し(診療日、分娩日が記載されている部分)を持参すること。
- (2)交通費に係る領収書を提出すること。

【記載上の注意】

- (1)自家用車又は公共交通機関を利用した場合は、自宅又は里帰り先から最寄りの妊婦健診実施施設又は周産期母子医療センターまで通常利用される停留所間または駅間について、市町村の旅費規程での算出額×0.8の料金を記載すること。
 - (2)有料道路交通料は合計額を記載欄に記入すること。
- ※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。

ハイリスク妊婦該当事項（周産期母子医療センター記載欄 ※ハイリスクに該当する場合のみ記載）

周産期母子医療センターの名称	①	
記入日	年 月 日	
記入者所属・氏名	①	②
該当事項	①（該当する番号すべてに○をつけてください。） 1. ハイリスク妊娠管理加算 2. ハイリスク分娩管理加算 3. ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者	
貴院における妊婦健診期間	①（貴院における初回健診日） 年 月 日	②（貴院における最終健診日） 年 月 日

①疾患名（該当事項3に該当する場合、当てはまるものにチェックを入れてください）

ハイリスク妊娠・ハイリスク分娩に相当の疾患を有する者	
<input type="checkbox"/> 妊娠22週から32週未満の早産（早産するまで） <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者 <input type="checkbox"/> 前置胎盤（妊娠28週以降で出血等の症状を伴う場合に限る。） <input type="checkbox"/> 妊娠30週未満の切迫早産の患者であって、子宮収縮、子宮出血、頸管の開大、短縮又は軟化のいずれかの兆候を示しかつ以下のいずれかを満たすものに限る。 (イ) 前期破水を合併したもの (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの (ハ) 経腔超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの (ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介または搬送されたもの (ホ) 早産指数(tocolysis index)が3点以上のもの <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延 <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者 <input type="checkbox"/> 心疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 糖尿病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 腎疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 膠原病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 白血病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 血友病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> HIV陽性 <input type="checkbox"/> Rh不適合 <input type="checkbox"/> 当該妊娠中に帝王切開術以外の開腹手術（腹腔鏡による手術を含む。）を行った患者又は行う予定のある患者 <input type="checkbox"/> 精神疾患（当該保険医療機関において精神療法を実施している者又は他の保険医療機関において精神療法を実施している者であって当該保険医療機関に対して診療情報が文書により提供されているものに限る。） <input type="checkbox"/> 40歳以上の初産婦 <input type="checkbox"/> 分娩前のBMIが35以上の初産婦者 <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群 <input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠22週～妊娠36週までの出産歴）がある者	

(申請者自署欄)

上記内容について、行政機関に提出することを同意します。

氏名

【助成申請書の取扱いについて】

(申請者)

- 1 申請者は、この様式を周産期母子医療センター又は市町村に提出する前に、A面の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入しておくこと。
- 2 申請者は、治療期間中にこの様式を分娩のための入院中に周産期母子医療センターに提出して必要事項を記入してもらうこと。その後、市町村に提出すること。（ハイリスクに該当する場合のみ）

(周産期母子医療センター)

周産期母子医療センターは、申請者がハイリスク妊婦に該当する場合のみ、B面の①②と表示のある部分を記入すること。