

妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書 <記入方法 申請者用>

妊産婦の住所・氏名 その他全ての項目について記入してください。

住 所	〒	収 受 日 (八戸市記載欄)	年 月 日
里帰り先居住地	〒	電 話	
氏 名	生年月日		

【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)

【交通費】

利 用 日		交通手段	要した費用	
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道		交通費	有料道路通行料
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 電車 ☐ バス ☐ 自家用車	円	円
要した費用(計)			円	

利用日は、母子手帳の「妊娠中の経過」のページの診察月日と同じ日になります。「往復」「片道」どちらかを選択し、交通手段をチェックしてください。

こちらの欄は申請時に確認しながらご記入いただきますので、空欄のままで構いません。

【助成金申請額(交通費)】	区分	決定額(記載欄)
合 計		円

【申請上の注意】

(1)申請書提出の際に、申請に係る領収書(診療料、分娩料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	＜ハイリスク妊娠・分娩に相当する疾患がある方のみ＞ 病院へ申請書を提出するのは2回です。 <u>1回目の提出の際は妊婦健診開始日、該当事項、疾患名等を記入してもらいます。</u> <u>2回目の提出の際は妊婦健康終了日等を記入してもらいます。</u>
記入日		
記入者所属・氏名	①	
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

助成対象期間内に年度を越える場合、申請者は3/31までの分について妊婦健診期間初回とその時の疾患までが記載されているものを市に提出してください。
 （市でコピーをとり、原本は申請者へ返却します。）
 4/1以降も同じ様式に記載します。

4/1以降に妊婦健診期間が終了し、2回目に市へ提出する際は、これまでの助成申請書を病院へ提出し、最終健診日を記入してもらってください。

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

- ☐ 妊娠22週から32週未満の早産（早産するまで） ☐ 妊娠高血圧症候群重症の患者
☐ 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。）
☐ 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
☐ 多胎妊娠 ☐ 子宮内胎児発育遅延 ☐ 胎児に何らかの疾患が認められた者
☐ 心疾患（治療中のものに限る。） ☐ 糖尿病（治療中のものに限る。）
☐ 甲状腺疾患（治療中のものに限る。） ☐ 腎疾患（治療中のものに限る。）
☐ 膠原病（治療中のものに限る。） ☐ 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）
☐ 白血病（治療中のものに限る。） ☐ 血友病（治療中のものに限る。）
☐ 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。） ☐ HIV陽性 ☐ Rh不適合
☐ 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
☐ 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。）
☐ 40歳以上の初産婦 ☐ 分娩前のBMIが35以上の初産婦者
☐ 常位胎盤早期剥離 ☐ 双胎間輸血症候群
☐ 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

妊産婦の氏名をご記入ください。

【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八戸市に提出する前に、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、八戸市に提出すること。（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。