

ハイリスク妊産婦アクセス支援事業助成金

記入例 (申請者用)

申請者住所	〒 八戸市	欄)	年 月 日
申請者氏名	ふりがな	電話	

医療機関へ提出する際には妊産婦の**住所、氏名、電話番号**を記入した上で提出してください。

【①交通費】

利用日	経路	交通手段	金額
6年 4月 8日	八戸駅 ~ 青森駅	<input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
6年 4月 9日	自宅 ~ 青森県立中央病院	<input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車	円
6年 4月10日	自宅 ~ 青森県立中央病院	<input checked="" type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車	円
6年 4月13日	青森県立中央病院 ~ 自宅	<input checked="" type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日	~	<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円
年 月 日		<input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> 電車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自家用車	円

利用日・経路・交通手段を記入してください。

※網掛け部分の記入は不要です。

行数が足りない場合は、コピーして使用してください。その場合、2枚目以降は表面のみ記入します。

【②宿泊費】

利用期間	泊数	宿泊先	金額
6年 4月 10日 ~ 6年 4月 13日	3泊	ファミリーハウスあおもり	円
年 月 日 ~ 年 月 日	泊		円
年 月 日 ~ 年 月 日	泊		円
年 月 日 ~ 年 月 日	泊		円
年 月 日 ~ 年 月 日	泊		円

【助成金申請額(①交通費+②宿泊費)】

区分	交通費計	宿泊費計	合計	市町村助成決定額 (市町村記載欄)
通院開始日~3/31までの計	円	円	円	円
4/1~治療終了日までの計	円	円	円	円
合計	円	円	円	円

【申請上の注意】

- 助成金申請に必要な書類は、次のとおりである。
 - 母子健康手帳の写し(診療日、出産日及び出産予定日が記載されている部分)を持参すること。
 - 診療明細書又は領収書(母子健康手帳に記録されている日以外でハイリスク妊娠・分娩に係る疾患の受診をした場合、他科でハイリスクに係る疾患で受診した場合)を持参すること。
 - 宿泊費に係る領収書を提出すること。
 - 青森県周産期母子医療センターNICU・GCU面会状況報告書(県要綱第2号様式)を提出すること。
※NICU又はGCUに入院している児の面会に係る申請者(産婦分)のみ提出すること。ただし、産婦入院中の面会は該当しない。
- 申請内容と違う実態がある場合には、助成決定の全部又は一部を取り消し、既に支払った助成金を返還させることがある。
※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。

ハイリスク妊産婦該当事項 (周産期母子医療センター記載欄)

周七	病院へ申請書を提出するのは2回です。 1回目の提出の際は治療開始日、該当事項、疾患名等を記入してもらいます。 2回目の提出の際は治療終了日等を記入してもらいます。	②	②
記入者所属・氏名			
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		
治療期間	① (治療開始日) 年 月 日	② (治療終了日) 年 月 日	
出産日	※申請者記入欄	出産日及び出産予定日は申請者が記入します。	
出産予定日	※申請者記入欄		

助成対象期間内で年度を越える場合は、申請者は3/31までの分について治療期間初日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以降に治療期間が終了し、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、治療終了日等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) 経膈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
 精神疾患 (当該保険医療機関において) 申請者 (妊産婦) の氏名を記入してください。 (周産期母子医療センターに提出依頼前に記入してください。)
 あって当該保険医療機関に対して診療
 40歳以上の初産婦 分娩前のB
 常位胎盤早期剥離 双胎間輸血
 早産歴 (妊娠22週～妊娠36週までの出産歴) がある者

のある患者
 神療法を実施している者で

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。 (申請者自署欄) 氏名

【助成申請書の取扱いについて】

- (申請者)
- 申請者は、この様式を周産期母子医療センターに提出する前に、A面の住所・氏名・電話番号を記入しておくこと。
 - 申請者は、上記の出産日・出産予定日・助成対象者自署欄を記入すること。
 - 申請者は、治療期間中にこの様式を周産期母子医療センターに提出して治療開始日等の必要事項を記入してもらうこと。また、治療終了後は再度周産期母子医療センターに提出し、治療期間終了日等を記入してもらうこと。その後、市町村に提出すること。
 - 申請者は、治療期間が4月1日以降となる場合は、この様式に治療開始日から3月末までの内容を記入した上で、3月31日までに市町村に提示し、A面に記載されている添付書類を提出すること。この様式は返却されるので、翌年度の申請は治療が終了したら上記3のとおり再度周産期母子医療センターに必要事項を記入してもらい、添付書類とあわせて市町村に提出すること。
 - 児を面会した時の交通費及び宿泊費のみ申請する場合は、B面の記入は不要とする。(周産期母子医療センター)
- 1 周産期母子医療センターは、治療開始時に申請者からこの様式を受け取った時は、B面の①と表示のある部分を記入すること。
 2 周産期母子医療センターは、治療終了後に申請者からこの様式を受け取った時は、B面の②と表示のある部分を記入すること。