

妊婦健診アクセス支援事業助成金申請書兼請求書

(A面)

		申請日	年 月 日
住 所	〒	電 話	
氏名(ふりがな)		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距離と時間	距離(片道) km 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 □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

【助成金申請額(交通費)】

区 分	交通費 計	有料道路通行料 計	合 計	市町村助成決定額 (市町村記載欄)
合 計	円	円	円	円

【振込先口座】

☐ 妊婦支援給付金(出産・子育て応援給付金)の届出口座と同じ (口座情報記入不要)

金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード		
	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		本・支店 本・支所 出張所							
口座種別	口座番号(右詰で記入)							口座名義(フリガナ)		
1 普通・2 当座										

【申請上の注意】

(1)この書類を提出する際は、妊婦健診の内容等が記載されている母子健康手帳等の写し(診療日、分娩日が記載されている部分)を添付すること。

(2)有料道路を利用した場合は、領収書を提出すること。

【記載上の注意】

(1)公共交通機関を利用した場合は、住所地又は里帰り先から最寄りの産科医療機関等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の料金を記載すること。

(2)自家用車の場合は、往復距離(小数点以下切捨)に37円を乗じた額を記入すること。

(3)有料道路通行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

- ☐ 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。） ☐ H I V陽性 ☐ R h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B M I 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

【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三戸町に提出する前に、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、三戸町に提出すること。（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。