

深浦町妊産婦健診等アクセス支援事業助成金交付申請書

		収 受 日 (市町村記載欄)	年 月 日
住 所	〒 (里帰り先及び里帰り期間※ ¹) 〒		電 話
ふりがな 氏 名		生年月日	(妊産婦) 年 月 日
			(乳児) 年 月 日

※¹ 里帰り先がある場合のみ記入。

施設名		所在地	
	(分娩取扱施設以外の場合※ ²)		
分娩日		所在地への移動 に要した時間(片道)	分

※² 乳児健診等分娩取扱施設以外で行った場合、行った医療機関を記入。

【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
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
妊婦・産婦・乳児	年 月 日	☐ 往復 ☐ 片道	☐ 自家用車 ☐ 電車 ☐ バス ☐ タクシー	円	円
要した費用(計)		円			

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

【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、出産日が記載されている部分)を持参すること。

(2)タクシーの利用については、妊婦健診のみ申請可能であること。

(3)交通費に係る領収書を提出すること。

(4)違う健診が同日である場合には、どちらか一方の健診のみを申請すること。

【記載上の注意】

(1)自家用車は、自宅又は里帰り先から最寄りの妊産婦健診等実施施設又は周産期母子医療センターまでの通常利用される停留所間又は駅間について、深浦町職員等の旅費に関する条例（平成17年3月31日条例第40号。）に準じた算出額×0.8の料金を記載すること。タクシー又は公共交通機関を利用した場合には、実費額×0.8の料金を記載すること。

(2)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機関		
	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）
☐ 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

☐ 妊娠高血圧症候群重症の患者
☐ 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深浦町に提出する前に、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、深浦町に提出すること。（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の表示のある部分を記入すること。