

ハイリスク妊産婦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	〒		
ふりがな 氏 名		電 話	

【①交通費】

利用日	経 路	交通手段	交通費	有料道路通行料	駐車場利用料
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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	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(片道_____km)	円	円	円

【②宿泊費】

利 用 期 間	泊数	宿 泊 先	金 額
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
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	有料道路通行料計	駐車場利用料計	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	円	円
4/1～治療終了日までの計	円	円	円	円	円	円
合 計	円	円	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)診療明細書又は領収書(母子健康手帳に記載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。
- (3)交通費に係る領収書(タクシー、有料道路及び有料駐車場を使用した場合)及び宿泊費に係る領収書を提出すること。
※タクシーの領収書にはボールペン等で発着地を記載すること。

【記載上の注意】

- (1)バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は宿泊先から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。
なお、往復で利用した場合は、往復料金を記載すること。(急病時は自宅又は宿泊施設以外でも可)
- (2)自家用車を利用した場合は、「自宅又は宿泊先から周産期母子医療センターまでの通常利用され得る経路の距離(km)×25円」により算定された額を記載すること。
その際、経路に加え距離(km)も記載すること。(急病時は自宅又は宿泊施設以外でも可)
- (3)有料道路通行料及び駐車場利用料はそれぞれ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。

ハイリスク妊産婦該当事項 (周産期母子医療センター記載欄)

周産期母子医療センターの名称	①	
記入日	① (治療開始後提出時) 年 月 日	② (治療終了後提出時) 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	
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	
出産予定日	※申請者記入欄	

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 (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

【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・生年月日・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)
- 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。
- 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。