様式第1号（第８条関係）

敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金申請書兼請求書（案）

　　　　年　　　　月　　　　日

敦賀市長　　様

申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（妊婦との続柄 　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先

敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金実施要綱第８条の規定により、助成金の交付を受けたく次のとおり申請及び請求をします。助成金の交付が決定された際には、下記の口座に振込みをしてください。

記

１　助成対象者情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 〒 | | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 住 所 等 | 電話  〒 | | | | | |
| 里帰り先住所  ※里帰り出産の場合に記入 |  | | | | | |
| 総合周産期母子医療センター名称 | | |  | | | |
| 自宅または里帰り先からの距離 | | | ㎞ | | | |
| 妊婦通院等開始日 | | 年　　　月　　　日 | | 妊婦通院等終了日 | | 年　　　月　　　日 |
| 交付申請額 | | 円 | | 交付決定（請求）額  ※記入不要 | | 円 |

２　助成金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 種別 | 普 通　・　当 座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義 |  | | |

３　助成の有無　　※転入前の自治体に確認する場合があります

今回の妊娠において転入前の自治体で同様の助成を受けた　（　□はい　　□いいえ　）

【添付書類】　※添付した書類に☑をつけてください

□　敦賀市ハイリスク妊婦交通費等支援事業助成金内訳書

□　母子健康手帳の写し（受診日、出産日及び出産予定日が記載されている部分）

□　診療明細書又は領収書の写し（母子健康手帳に記載されている日以外で、妊婦健診を受診した場合）

□　交通費に係る領収書、利用証明書等（交通費について申請する場合）

□　宿泊費に係る領収書、利用証明書等（宿泊費について申請する場合）

□　振込口座が分かるものの写し

※裏面もご記入ください

ハイリスク妊婦該当事項（総合周産期母子医療センター記載欄）

総合周産期母子医療センターの名称

　　　　　　　　　　　　　　　　記入日

記入者所属・氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　該当事項 | （　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の対象患者  （２） ハイリスク分娩管理加算の対象患者  （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  （４） 上記（１）から（３）までのいずれにも該当しない者 | |
| ２　当該医療機関における　　妊婦健康診査の受診期間 | 受診開始日  　　　　　　年　　　　月　　　　日 | 受診終了日  　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| ※出産日  （申請者記入欄） |  | |
| ※出産予定日  （申請者記入欄） |  | |

３　上記１（３）に該当する場合は、当てはまるもの全て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) 経腟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 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

◎上記１(３)の「ハイリスク妊娠」とはハイリスク妊娠管理加算となる疾患をさし、「ハイリスク分娩」とはハイリスク分娩管理加算となる疾患をさす。

４　上記の１該当事項（１）から（３）までのいずれかに該当し、当センターでの妊婦健診または分娩管理が必要である　　　　　　□はい　　　　□いいえ

（※助成対象者自署欄）

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。

【助成金申請書の取扱いについて】

（申請者の方へ）

１　申請者は、この様式を総合周産期母子医療センターに提出する前に、表面の氏名・生年月日・住所・電話番号を記入しておくこと。

２　申請者は上記の出産日、出産予定日を記入すること。

３　助成対象者は助成対象者自署欄を記入すること。

（総合周産期母子医療センターの方へ）

１　総合周産期母子医療センターは、申請者からこの様式を受け取った時は、※印以外の１～４について記入すること。