

様式第2号（第5条関係）

（表面）

宮古市妊産婦アクセス支援事業助成金交付申請内訳書

		収受日	年 月 日
住 所	〒		
滞在先	〒 (様方)		
ふりがな 氏 名		電話番号	
出産予定日 出産日	予定日 出産日	年 月 日 年 月 日	出産医療機関名

【①交通費】

利用日	経 路	交通費手段	交通費
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円
年 月 日	～	☐ 片道 ☐ 往復 ☐ 自家用車（片道 k m） ☐ バス ☐ タクシー ☐ 鉄道	円

【②宿泊費】

利用期間	泊数	宿泊先	金 額
年 月 日～ 年 月 日	拍		円
年 月 日～ 年 月 日	拍		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	市助成決定額 （市記載欄）
通院開始日～ までの計	円	円	円	円
～治療終了日までの計	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

【記載上の注意】

- 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又は駅間の料金を記載してください。なお、往復で利用した場合は、往復料金を記載してください。（急病時は自宅又は滞在先以外でも可）
- 自家用車を利用した場合は、「自宅又は滞在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」に応じて記載してください。（急病時は自宅又は滞在先以外でも可）

※ 行数が足りない場合は、様式をコピー記載してください。

(裏面)

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（通院等開始後提出時） 年 月 日	②（通院等終了後提出時） 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	
通院等期間	①（通院等開始日） 年 月 日	②（通院等終了日） 年 月 日
出産日	※申請者記入欄 年 月 日	
出産予定日	※申請者記入欄 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。 （ア）前期破水を合併したもの （イ）羊水過多症又は羊水過少症のもの （ウ）経膈超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの （エ）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 （オ）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察情報が文章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

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)

- 1 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、表面の住所・氏名・生年月日・電話番号を記入してください。
- 2 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してください。
- 3 申請者は、通院等の期間中にこの様式を周産期母子医療センター提出して通院等開始日等の必要事項を記入してもらってください。また、通院等終了後は再度周産期母子医療センターに提出し、通院等終了日等記入してもらってください。その後宮古市に提出してください。

(周産期母子医療センター)

- 1 周産期母子医療センターは、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、本書（裏面）の①と表示のある部分を記入してください。
- 2 周産期母子医療センターは、申請者から再度この様式を受け取った時は、本書（裏面）の②と表示のある部分を記入してください。