

妊産婦交通費助成金交付申請書

※太枠内を記入願います（裏面もあります）					収受日 (市記載欄)	令和 年 月 日
住 所	〒 ー ー 関市					
(フリガナ) 氏 名	()			電話番号	() ー	
利用日	経 路		交通手段	交通費	高速道路 使用料	国実施要綱 対象(市記 載欄)
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	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	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	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	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	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	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	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	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	円	円	

【申請に必要な書類】

- (1) 母子健康手帳（受診日、出産日が記載されている部分）
- (2) 交通費等に係る領収書（電車・タクシー・高速道路を利用した場合）
 高速道路利用に係る領収書の提出が難しい場合（ETC利用など）は、利用したことがわかる書類（写し可）
 ※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。

【助成金申請額】

区 分	交通費計	有料道路 通行料計	合計	市町村助成決定額 (市記載欄)
通院開始日～3/31までの計	円	円	円	円
4/1～治療終了日までの計	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

【記載上の留意点】

- (1) バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は出先（県内）から周産期母子医療センターまで利用した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、往復料金を記載すること。（急病時は自宅又は出先以外でも可）
- (2) 有料道路を利用した場合は、経路欄に乗降したインターチェンジ名を記入すること。

※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載してください。

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）

（裏面）

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） 令和 年 月 日	②（通院等終了後提出時） 令和 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） 令和 年 月 日	②（通院等終了日） 令和 年 月 日
出産日	※申請者記入欄 令和 年 月 日	
出産予定日	※申請者記入欄 令和 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) 経腔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）

- 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おくこと。
- 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すること。
- 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に提出して通院等開始日等の必要事項を記入してもらうこと。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。

（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、裏面の①と表示のある部分を記入すること。
- 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、裏面の②と表示のある部分を記入すること。