様式第１号（第４関係）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ面）

和歌山県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） | 令和　年　月　日 |
| 住所 | 〒 |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　） | 電話番号 |  |
| 最寄り分娩取扱施設 |  | 自宅からの距離 | 　　　　　　　　km |
| 特定分娩取扱施設☆ |  | 自宅からの距離☆ | 　　　　　　　　km |
| ◆以前の出産がハイリスク妊娠・分娩であったため、大阪母子医療センターもしくは県外の周産期母子医療センターで行った。（ □はい　□いいえ ） |

1. 交通費】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通院日 | 交通手段 | 交通費 | 通院日 | 交通手段 | 交通費 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 | 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |

1. 交通費（**距離が60km以上となる妊産婦の出産にかかる分**）】

②交通費は実費額を記入すること。自家用車の実費額については各市町村旅費規程による。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院日 | 交通手段 | 交通費 |
| 　年　月　日 | □自家用車□公共交通（電車、バス、タクシー） | 円 |

1. 宿泊費（**距離が60km以上となる妊産婦の出産前宿泊分**）】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

【助成金申請額（①交通費＋②交通費＋③宿泊費）】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | ①交通費計 | ②交通費計 | ③宿泊費計 | 合計 | 市町村助成決定額（市町村記載欄） |
| 合　　計 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

【申請上の注意】

（１）申請書提出の際に、母子健康手帳の写し（診療日、出産日が記載されている部分）を持参すること。

（２）◆項目で「はい」に☑を入れた方は、該当するこどもの母子手帳の写しを持参すること。

（３）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妊娠・出産に係る受診をした場合、または他科で妊娠・出産に当たっての診療のために受診した場合）を持参すること。

（４）交通手段で公共交通を利用の場合は領収書など利用を証する資料を提出すること。宿泊に係る領収書を提出すること。

（５）特定分娩取扱施設へ妊婦健診、産婦健診、診療又は出産のために通院若しくは入院することとなった場合は、「特定分娩取扱施設確認書（B面）」も併せて提出すること。

【記載上の注意】

（１）自宅からの距離とは、車で通常利用すると判断できる経路をとった際の距離であり、

地図サイトを参照し記載すること。

（２）特定分娩取扱施設へ妊婦健診、産婦健診、診療又は出産のために通院若しくは入院

することとなった場合は☆欄も記載すること。

（３）①交通費は自宅から20km以上で本補助事業の対象となる分娩取扱施設へ通った日を記入し、その

際の交通手段を自家用車あるいは公共交通から選択のうえ、右別表から該当する金額を記載すること。

※行数が足りない場合は、様式をコピーして記載すること。

（Ｂ面）

特定分娩取扱施設確認書

※この確認書は妊産婦若しくは胎児の状況により、最寄りの分娩取扱施設ではなく、特定の分娩取扱施設に通う必要がある場合に利用するものです。

妊産婦該当事項（医療機関記載欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 分娩取扱施設の名称 | ★ |
| 記入日 | ★（通院等開始後提出時）令和　　年　　月　　日 | ◆（通院等終了後提出時）令和　　年　　月　　日 |
| 記入者所属・氏名 | ★　 | ◆　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 通院等期間 | ★（通院等開始日）令和　　年　　月　　日 | ◆（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 |

★疾患名（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) 経腟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　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

★上記疾患に該当するため、大阪母子医療センターなど、県外の周産期母子医療センターでの受診・治療

を紹介した　　□

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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、この様式を特定分娩取扱施設に提出する前に、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特定分娩取扱施設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特定分娩取扱施設に提出し、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。

（特定分娩医療機関）

１　特定分娩取扱施設は、申請者から初めてこの様式を受け取った時は、Ｂ面の★と表示のある部分を記入すること。

２　特定分娩取扱施設は、申請者から再度この様式を受け取った時は、Ｂ面の◆と表示のある部分を記入すること。