

二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付要綱の一部を改正する告示

二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付要綱（令和2年二戸市告示第6号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第4条関係）

(A面)

年 月 日

二戸市長 様

住 所
氏 名
電話番号 ()

印

二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付申請書

二戸市妊産婦健康診査交通費助成金の交付を受けたいので、二戸市妊産婦健康診査交通費助成金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

交付申請額	円				
フリガナ 申請者氏名			生年月日	年 月 日	
住 所			電話番号	()	
出産年月日	年 月 日 (予定)				
妊婦健康診査受診日	医療機関名	妊婦健康診査受診日	医療機関名		
1	年 月 日	10	年 月 日		
2	年 月 日	11	年 月 日		
3	年 月 日	12	年 月 日		
4	年 月 日	13	年 月 日		
5	年 月 日	14	年 月 日		
6	年 月 日	産後健康診査受診日		医療機関名	
7	年 月 日	1	年 月 日		
8	年 月 日	2	年 月 日		
9	年 月 日	受診回数		回	

添付書類

(1) 母子健康手帳の写し（妊産婦健康診査を受診したことがわかる部分）

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） 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）

<p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 妊娠 22 週から 32 週未満の早産（早産するまで） <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者</p> <p><input type="checkbox"/> 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。）</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> <p>（ア）前期破水を合併したもの</p> <p>（イ）羊水過多症又は羊水過少症のもの</p> <p>（ウ）経腔超音波検査で子宮頸管長が 20mm 未満のもの</p> <p>（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</p> <p>（オ）早産指数(tocolysis index)が 3 点以上のもの</p> <p><input type="checkbox"/> 多胎妊娠 <input type="checkbox"/> 子宮内胎児発育遅延 <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 糖尿病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 甲状腺疾患（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 腎疾患（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 膠原病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 特発性血小板減少性紫斑病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 白血病（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> 血友病（治療中のものに限る。）</p> <p><input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態（治療中のものに限る。） <input type="checkbox"/> HIV 陽性 <input type="checkbox"/> Rh 不適合</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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。）</p> <p><input type="checkbox"/> 40 歳以上の初産婦 <input type="checkbox"/> 分娩前の BMI が 35 以上の初産婦者</p> <p><input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群</p> <p><input type="checkbox"/> 早産歴（妊娠 22 週～妊娠 36 週までの出産歴）がある者</p>

(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、表面の住所・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、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。
- 申請者は、通院等の期間が 4 月 1 日以降となる場合は、この様式に通院等開始日から 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、翌年度の申請は通院等が終了したら上記 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。

(周産期母子医療センター)

- 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、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、申請者から再度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。

附 則

この告示は、令和 2 年 11 月 26 日から施行する。