

相馬市妊婦にやさしい遠方妊婦健康診査支援事業助成申請書兼請求書

年 月 日

相馬市長 様

相馬市妊婦にやさしい遠方妊婦健康診査支援事業実施要綱第6条第1項の規定により、助成金の交付を申請（請求）します。

申請者名 (妊婦本人)	(フリガナ) Ⓜ	生年月日	年 月 日
住所 (住民票の住所)	連絡先：		
里帰り先住所 (里帰りの場合)	都道府県	市区町村	様方
	連絡先：		
妊婦健康診査前の居住地	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 里帰り先		
産科医療機関等 (医学的な理由等がある方は 周産期母子医療センター)	名称：		
	所在地：		
助成申請額	円		

1 振込先 <注意> 振込先の口座名義は、申請者（妊婦）と同じ名義になります。

金融機関名	銀行・組合・金庫	支店名	
預金種目	1 普通	2 当座	3 その他 ()
口座番号	※番号は右詰めでお願いします		
口座名義	カナ		
	漢字		

添付書類

- 1 妊婦健康診査受診日及び受診した産科医療機関等が確認できる母子健康手帳等の写し
- 2 相馬市妊婦にやさしい遠方妊婦健康診査支援事業助成金申請内訳書（別紙様式1）
- 3 鉄道、バス等の公共交通機関の利用日及び利用料金が確認できる領収書等の写し（タクシーを除く）
- 4 助成金の振込先となる金融機関の通帳等の写し
- 5 1から4までに掲げる書類のほか、市長が必要と認める書類

裏面あり

2 確認・同意事項

以下の内容を確認し、チェック欄 (□) に「✓」を入れてください。

①	<input type="checkbox"/> (ア) 住所地 (里帰りしている場合は、里帰り先の居住地) から、妊婦健康診査の実施が可能な最も近い産科医療機関等まで、おおむね60分以上移動時間を要します。
	<input type="checkbox"/> (イ) 医学的な理由等により周産期母子医療センターにおいて妊婦健康診査を受診する必要がある、住所地から最も近い受入れ可能な周産期母子医療センターまで、おおむね60分以上移動時間を要します。
	<input type="checkbox"/> (ウ) 最も近い産科医療機関等がおおむね60分以内であるが、当該産科医療機関等が分娩を取り扱っていないことから、妊娠後期 (おおむね妊娠三十二週頃) 等に分娩を取り扱っている産科医療機関等に切り替えて妊婦健康診査を受診する妊婦のうち、住所地から最も近い分娩を取り扱っている産科医療機関等までおおむね60分以上移動時間を要します。
②	<input type="checkbox"/> 他市町村において同種の助成金を受給していません。
③	<input type="checkbox"/> 助成金の交付要件の該当性等を審査するため、住民基本台帳情報の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関、医療機関等に求めることに同意します。

医学的な理由等 (2 確認・同意事項① (イ) に該当する場合、あてはまるものに「✓」をいれてください。)

以下の理由で周産期母子医療センターを受診しました。

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <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"/> 子宮内胎児発育遅延 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧症候群重症の患者 | <input type="checkbox"/> 心疾患 (治療中のものに限る。) |
| <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。 | <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 (治療中のものに限る。) |
| (イ) 前期破水を合併したもの | <input type="checkbox"/> 膠原病 (治療中のものに限る。) |
| (ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの | <input type="checkbox"/> 白血病 (治療中のものに限る。) |
| (ハ) 経膈超音波検査で子宮頸管長が 20 mm 未満のもの | <input type="checkbox"/> 出血傾向のある状態 (治療中のものに限る。) |
| (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 | <input type="checkbox"/> Rh 不適合 |
| (ホ) 早産指数 (tocolysis index) が 3 点以上のもの | |
| <input type="checkbox"/> 多胎妊娠 | |
| <input type="checkbox"/> 胎児に何らかの疾患が認められた者 | |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 (治療中のものに限る。) | |
| <input type="checkbox"/> 腎疾患 (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。) | |
| <input type="checkbox"/> 血友病 (治療中のものに限る。) | |
| <input type="checkbox"/> HIV 陽性 | |
| <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 | |
| <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。) | |
| <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 |
| <input type="checkbox"/> 常位胎盤早期剥離 | <input type="checkbox"/> 双胎間輸血症候群 |
| <input type="checkbox"/> 早産歴 (妊娠 22 週～妊娠 36 週までの出産歴) がある者 | <input type="checkbox"/> その他 () |