様式第２号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（Ａ面）

花巻市妊産婦交通費支援事業補助金交付申請内訳書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 収受年月日(花巻市記載欄) |  |
| 住所 | 〒 |
|  |  | 電話 |  |
| １　交通費 |
| 利用日 | 経路 | 交通手段 | 交通費 | 有料道路通行料 | 駐車場利用料 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| 年　月　日 | ～ | □片道□往復 | □電車 □バス □タクシー□自家用車(片道 ㎞) | 円 | 円 | 円 |
| ２　宿泊費 |
| 利用期間 | 泊数 | 宿泊施設 | 金額 |
| 年　月　日　～　　年　月　日 | 泊 |  | 円 |
| 年　月　日　～　　年　月　日 | 泊 |  | 円 |
| 補助金申請額（１交通費＋２宿泊費） |
| 区分 | 交通費計 | 有料道路通行料計 | 駐車場利用料計 | 宿泊費計 | 合計 | 市町村助成決定額（花巻市記載欄） |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |

国又は花巻市以外の地方公共団体から受領する補助金の有無　　（　あり　　なし　）

１　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、出産日及び出産予定日が記載されている部分）を添付すること。

　(2) 診療明細書及び領収書（母子健康手帳に記録されている日以外に対象産科医療機関で妊娠・出産に係る疾患の受診をした場合及び同じ対象産科医療機関の他科で妊娠・出産に係る疾患の受診をした場合）を添付すること。

　(3) 交通費に係る領収書（タクシー、有料道路又は有料駐車場を使用した場合）及び宿泊費に係る領収書を添付すること。

　　※ 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。

２　記載上の注意

　(1) バス及び鉄道を利用した場合は、自宅又は宿泊施設と対象産科医療機関との間において通常利用される停留所間又は駅間の料金を記入すること。なお、往復で利用した場合は、往復料金を記入すること。

　(2) 自家用車を利用した場合は、自宅又は宿泊施設と対象産科医療機関との間において通常利用され得る経路の距離（ｋｍ）×　　円により算定された額を記入すること。

　　　その際、経路に加え距離（ｋｍ）も記入すること。

　(3) 有料道路通行料及び駐車場利用料はそれぞれ合計額を記入すること。

　　　※行数が足りない場合は、様式をコピーして記入すること。

（Ｂ面）

ハイリスク妊産婦該当事項（対象産科医療機関記載欄　※ハイリスクに該当する場合のみ記載）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象産科医療機関の名称 |  |
| 記入日 | ①　（治療開始後提出時） | ②　（治療終了後提出時） |
| 記入者所属・氏名 | ① | ② |
|  |
| 該当事項 | ①　（該当する番号全てに○を付けてください。） 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 |
| 治療期間 | ①　（治療開始日） | ②　（治療終了日） |
| 出産日 | ※申請者記入欄 |
| 出産予定日 | ※申請者記入欄 |

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。(イ) 前期破水を合併したもの(ロ) 羊水過多症又は羊水過少症のもの(ハ) 経腟超音波検査で子宮頸管長が20mm未満のもの(ニ) 切迫早産の診断で他の医療機関より紹介又は搬送されたもの(ホ) 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 |

【補助金交付申請書の取扱いについて】

（申請者）

１　申請者は、この様式を対象産科医療機関に提出する前に、Ａ面の住所・氏名・電話番号を記入しておくこと。

２　申請者は、Ｂ面の申請者記入欄（出産日・出産予定日）及び申請者自署欄を記入すること。

３　申請者は、治療期間中にこの様式を対象産科医療機関に提出して治療開始日等の必要事項（Ｂ面の①と表示してある部分）を記入してもらうこと。また、治療終了後は、再度、対象産科医療機関に提出し、治療終了日等の必要事項（Ｂ面の②と表示してある部分）を記入してもらうこと。その後、花巻市に提出すること。

（対象産科医療機関）

１　対象産科医療機関は、治療開始時に申請者から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してください。

２　対象産科医療機関は、治療終了後に申請者から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してください。