

第2号様式(第5条関係)

千歳市ハイリスク妊産婦に対する遠方の分娩取扱施設等への交通費等助成事業
周産期母子医療センター通院及び分娩理由書

(医療機関記入欄)

周産期母子医療 センター名称			
記入日	年 月 日	記入者名	
通院等期間	通院開始日 年 月 日	通院終了日 年 月 日	
周産期母子医療 センター等で通院 及び分娩が必要 な理由	【当てはまるものにチェックまたは記入をお願いします】 ☐ 多胎妊娠 ☐ 前置胎盤 ☐ 常位胎盤早期剥離 ☐ 子宮内発育遅延 ☐ 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 ☐ 糖尿病合併妊娠及び妊娠性糖尿病 ☐ 分娩前のBMIが35以上の初産婦 ☐ 早産歴(妊娠22週から36週までの出産歴)がある ☐ 胎児に何らかの疾患が認められた者 ☐ その他、最寄りの分娩取扱施設での出産が困難と判断した者 		

上記内容について、千歳市に提出することを同意します。
(申請者自署欄)

氏 名

【助成申請書の取扱いについて】

(申請者)

申請者は、通院等期間中にこの様式を医療機関に提出し、通院開始日及又は通院終了日又はその両方に必要事項を記入してもらい、他書類と合わせて千歳市へ提出してください。

(医療機関)

医療機関は、申請者からこの様式を受けたときは本書に必要事項を記入し、申請者にお渡しください。