

妊娠中毒症等療養援護費支給要領

(趣旨)

第1 本要領は、妊娠中毒症等療養援護費支給規程に定める支給の申請等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(支給の申請)

第2 規程第4条第1項に掲げる妊娠中毒症等療養援護費支給申請書は、別記第1号様式によるものとする。

2 規程第4条第1項第1号に掲げる妊娠中毒症等療養証明書は、別記第2号様式によるものとする。

3 規程第4条第1項第2号に掲げる世帯調書は、別記第3号様式によるものとする。

4 規程第4条第1項第3号に掲げる請求書は、別記第4号様式によるものとする。

5 規程第4条第2項に掲げる申請書は、別記第1号の2様式によるものとする。

(支給の決定等)

第3 規程第5条第1項に掲げる妊娠中毒症等療養援護費支給決定書及び妊娠中毒症等療養援護費不承認決定通知書は、別記第5号様式及び別記第6号様式によるものとする。

2 規程第5条第3項に掲げる委任状は、別記第7号様式によるものとする。

附則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

別記

第1号様式

別記

第1号様式(規程第4条関係)

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

本人	(ふりがな)氏名		歳	生年月日	年 月 日
	住所				
配偶者	(ふりがな)氏名		職業		
	住所				
	保険者の称名		被保険者等の記号及び番号		
病名	妊娠中毒症・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患				
入院を した 医療 機関	名称				
	所在地				
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり療養援護費の支給を申請します。 年 月 日 京都府知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>					
※ 保健所長の意見					
※ 申請受付年月日		※ 進達年月日		※ 決定年月日	
※ 経由保健所名				※ 支給決定額	

備考 1 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。

2 ※印欄は、申請者は記入しないでください。

第1号の2様式

第1号の2様式(規程第4条関係)

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

(ふりがな)氏名		死亡年月日	年 月 日		
病名	妊娠中毒症・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患				
死亡当時又は現在の住所					
入院した医療機関	名称				
	所在地				
上記妊産婦が生計を同じくしていた又は同じくしている配偶者又は親族	氏名	続柄	性別	生年月日	職業
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり妊娠中毒症等療養援護費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>京都府知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>					
※ 保健所長の意見					
※ 申請受付年月日		※ 進達年月日		※ 決定年月日	
※ 經由保健所名				※ 支給決定額	

備考 1 「病名」は、該当する病名を○で囲んでください。

2 ※印欄は、申請者は記入しないでください。

第2号様式

第2号様式(規程第4条関係)

妊娠中毒症等療養証明書

(ふりがな)患者氏名		生年月日	年 月 日
病名	妊娠中毒症・糖尿病・貧血・産科出血・心疾患		
入院中の医療	1 食餌療法 (食 日間) 2 薬物療法 {内服(薬剤名) {注射(薬剤名) 3 手術療法等 {分べん誘発() {開 腹() 4 その他()		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)		
証明時の妊娠週数 (又は分べん) (年月日)	妊娠満 週(年 月 日分べん)		
患者本人負担額 (領収又は請求額)			
症状等	1 浮腫(下肢のみ・腹部まで・全身) 2 たん白尿(%) 3 アセトン尿(陽性・陰性) 4 血 圧(~ mm/Hg) 5 血 糖 値(mg/dl) 6 血色素量(g/dl) 7 産科出血に対して輸血等の応急処置(有・無) 8 心疾患(心不全・肺水腫・心内膜炎・心房細動等の不整脈・その他()) 9 その他の合併症()		
備 考			
上記のとおり証明します。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 医療機関の名称 医療機関の所在地 診療担当医師 </div>			

- 備考 1 入院開始後21日を経過しても退院に至らない者については「入院期間」の最終日を21日とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください。
- 2 「病名」については、該当する病名を○で囲んでください。
- 3 「入院中の医療」については、該当文字を○で囲み、()内には必要事項を記入してください。
- 4 患者が死亡した場合は、備考欄に死亡年月日を記入してください。

第 3 号様式

第3号様式(規程第4条関係)

世 帯 調 書

申請者氏名					本人氏名					
妊 産 婦 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	階層 区分	所得 税額	備考		
世帯外扶養義務者	氏名									
	住所									
	氏名									
	住所									

第4号様式

第4号様式(規程第4条関係)

請 求 書					
金 額		百	十		
		万	千		
		百	十		
			円		
ただし、妊娠中毒症等療養援護費					
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">患者氏名</td> <td></td> </tr> </table>				患者氏名	
患者氏名					
上記の金額を請求します。					
年 月 日					
京都府知事 様					
請求者					
住所 (〒)					
氏名					
患者本人との続柄()					
〔電話 局 番〕					
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;"> 支 御 に 事 だ 払 希 〇 を 項 さい 方 望 の を 記 入 法 支 づ け 入 して 法 払 方 所 要 給 </div>	① 送 金 払	② 口 座 振 替			
	(支払場所の指定)	口座開設 場所及び 預金種別	銀行 支店 普通・当座第 号	③小切手払	
		口座名義	(氏名又は名称)		
〔本庁窓 口 払〕					

- 備考 1 金額は、アラビア数字を用い頭書には¥印を付けてください。
 2 請求書の表示金額は、訂正しないでください。

第5号様式

第5号様式(規程第5条関係)

妊娠中毒症等療養援護費支給決定書

交付番号		交付年月日	年 月 日
妊産婦	氏名		年 月 日生
	住所		
病名			
支給決定額	金		円
<p>年 月 日付で申請の妊娠中毒症等療養援護費については、上記のとおり交付します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">京都府知事 印</p>			
経由保健所名	保健所		
責任者	職名	氏名	

第 6 号様式

第6号様式(規程第5条関係)

妊娠中毒症等療養援護費不承認決定通知書

第 年 月 日 号	
様	
京都府知事 印	
妊娠中毒症等療養援護費不承認決定通知書	
年 月 日付で申請の妊娠中毒症等療養援護費については、承認できません。 不承認の理由	
経 由 保 健 所 名	保 健 所

第7号様式

第7号様式(規程第5条関係)



委 任 状

医療機関の所在地
医 療 機 関 名
管 理 者 等 名

私は 〃 を代理人と定め下記の権限を委任します。

記

に係る妊娠中毒症等療養援護費の請求及び受領に関するいつさいの権限

年 月 日

住所
委任者
氏名