

妊娠中毒症等療養援護費の支給について

京都府では、妊娠中毒症などに罹患している妊産婦の方が、早期に適正な療養を受けられるよう医療費の一部を公費負担しています。所得制限や申請期限などが定められていますので、該当される場合はすみやかに京都府山城北保健所まで申請ください。

○対象者

以下の項目の全てに該当する方が対象となります。

1. 京都府に住所を有している方
 2. 妊娠中毒症等の対象疾病に罹患している妊産婦の方
 3. 医療機関に入院して、母胎又は胎児の保護に必要な医療を受けた方
 4. 入院が7日以上であった方
 5. 前年の所得税課税額の年額が15,000円以下の世帯に属する方
- ただし、助産施設への入所措置を受けた方は除きます。

○対象疾病

次の疾病のいずれかに該当し、認定基準（裏面別表第1）を満たす方が対象となります。

1. 妊娠中毒症
2. 糖尿病
3. 貧血
4. 産科出血
5. 心疾患

○支給基準額

援護費の支給は、該当する妊産婦さんの属する世帯の前年分の所得に応じた額を支給します。（裏面別表第2）

○申請手続

この制度を利用するためには退院後30日以内（※注）に申請が必要です。

下記の申請書類等を京都府山城北保健所に提出してください。

1. 妊娠中毒症等療養援護費支給申請書
2. 妊娠中毒症等療養証明書
3. 世帯調書
4. 所得税等の証明書 ※以下の①～③のいずれか該当する書類
 - ①生活保護受給証明書
 - ②市町村民税課税証明書（源泉徴収税額が0円の方）
 - ③源泉徴収票（源泉徴収税額が1万5千円以下の方）
5. 母子健康手帳の写し（出生届出済証明・妊娠経過・出産時状況の該当ページ）
6. 請求書

※入院の期間が21日を超える場合には、入院した日から起算して、22日目以後30日以内に申請が必要です。ご注意ください。

○問い合わせ・申請窓口

京都府山城北保健所 保健課 健康・母子保健支援係
住所：京都府宇治市宇治若森7-6
TEL：0774-21-2192 FAX：0774-24-6215

別表第1(第2条関係)

妊娠中毒症等療養援護費支給認定基準

I 妊娠中毒症	
分類	症候
1 純粹妊娠中毒症	全身浮腫又は蛋白尿が3%以上若しくは最高血圧値が170mmHg(又は最低血圧値が110mmHg)以上のもの 下肢及び腹部の浮腫又は蛋白尿が1%以上若しくは最高血圧値が150mmHg以上の症候を2つ以上有するもの
2 混合妊娠中毒症	中毒症後遺症で新たに妊娠したもの 本態性高血圧症又は慢性腎炎に妊娠中毒症が併発したもの
3 特殊妊娠中毒症	子癇、妊娠中毒症肺水腫その他
4 その他の妊娠中毒症	妊娠中において妊娠中毒症の症候をほとんど示さず出産後10日以内に1又は3の症候を示すもの
II 糖尿病	
1 糖尿病	尿のアセトン体が検出されるもの 血糖値が170mg/dl以上のもの(ハゲドロン・ヤンセン法)
2 合併症を伴う糖尿病	血糖値が140mg/dl以上(ハゲドロン・ヤンセン法)であつて、妊娠中毒症、羊水過多症、結核、尿路感染症(腎盂炎、膀胱炎等)等の合併症がある場合
III 貧血	
1 貧血	血色素がおおむね8g/dl以下のもの
IV 産科出血	
1 産科出血	産科出血により出血多量で輸血その他の応急措置を必要とするもの
V 心疾患	
1 心疾患	先天性あるいは後天性の心疾患を有し、心不全・肺水腫・心内膜炎及び心房細動等の不整脈等病態の悪化が認められるもの

別表第2(第3条関係)

援護費支給基準額表

妊産婦が属する世帯の階層区分	援護費支給基準額の区分	基準額	加算基準日額 (入院期間が7日を 超えた場合の1日 当たりの加算額)	特別加算額 (入院中に手術療法を 受けた場合の加算額)	
				分べん誘発 その他	開腹
生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯(単給を含む。)及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支給付受給世帯	円	円	円	円	円
市町村民税非課税世帯	7,300	1,000	3,000	8,700	円
所得税非課税世帯	6,400	900			
所得税の課税世帯の所得税年額が15,000円以下の世帯	5,500	800			

別記第1号様式（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 名称		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。</p> <p>年 月 日</p> <p>京都府知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</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
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。					
年 月 日					
京都府知事 様					
申請者 住所					
氏名 印					
※ 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2号様式（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 医療機関の名称 医療機関の所在地 診療担当医師 印			

- 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

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]

支払方法	①送金払	②口座振替		③小切手払
	〔御希望の支払方法に ○をつけ、所要事項を 記入してください。〕	(支払場所の指定)	口座開設 場所及び 預金種別	銀行・信用金庫 支店 普通・当座 第 号
口座名義			(氏名又は名称)	

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。



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

委任者 住 所

氏 名

