



福岡県医発第2455号(地)
平成24年 1月20日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱の一部改正について

「福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱」を別添のとおり一部改正し、平成24年1月1日から適用する旨、福岡県保健医療介護部健康増進課より通知がありましたのでご連絡いたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、会員各位への周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、福岡県産婦人科医会に対しても福岡県保健医療介護部健康増進課より通知されておりますことを申し添えます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 山下拓郎
会長 蒲池 壽

「公印省略」

23健第 4239号

平成24年1月11日

福岡県医師会長 殿

福岡県保健医療介護部長
(健康増進課母子保健係)

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱の一部改正について（通知）

日頃より、本県の母子保健行政へ御協力頂き厚く感謝申し上げます。

このたび、妊娠中毒症等療養援護費について、「福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱」を一部改正し、平成24年1月1日から適用することとしたのでお知らせいたします。

今後とも、引き続き御協力頂きますようお願い申し上げます。



福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱の一部を改正する要綱

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱（平成15年5月20日施行）
の一部を別紙新旧対照表のとおり改正する。

附則

この要綱は、平成24年1月11日から施行し、平成24年1月1日
から適用する。

新 (改正後)

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱

1 省略

2 事業の内容

妊娠経過中に妊娠中毒症等により患っている妊産婦が必要な医療を受けるために入院した場合、その療養に要する費用について自己負担が生じた場合一部を支給（以下「援護費の支給」という。）するものとする。

3 省略

4 支給対象疾患

援護費の支給対象疾病は、妊娠高血圧症候群、糖尿病、貧血、産科出血及び心疾患とする。

5 支給対象者

援護費の支給対象者は、福岡県内（ただし北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市を除く）に住所を有する者で、第4に掲げる対象疾病に罹患し、その症状が別表1「妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表」に定めるものである妊産婦（妊娠中又は出産後10日以内の女子をいう。以下同じ。）であって、母体又は胎児保護のため医療機関へ入院して必要な医療を受けた者であり、かつ、その入院期間が7日以上とする。

ただし、当該妊産婦が前年分の所得税課税額が年額30,001円以上の世帯に属する者又は児童福祉法第22条の規定による助産施設への入所措置を受けた者であるときは、支給対象者とししないものとする。

6～8 省略

附 則

この要綱は、平成15年5月20日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年1月11日から施行し、平成24年1月1日から適用する。

旧 (現 行)

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱

1 省略

2 事業の内容

妊娠経過中に妊娠中毒症等により患っている妊産婦が必要な医療を受けるために入院した場合、その療養に要する費用の一部を支給（以下「援護費の支給」という。）するものとする。

3 省略

4 支給対象疾患

援護費の支給対象疾病は、妊娠中毒症、糖尿病、貧血、産科出血及び心疾患とする。

5 支給対象者

援護費の支給対象者は、福岡県内（ただし北九州市、福岡市及び大牟田市を除く）に住所を有する者で、第4に掲げる対象疾病に罹患し、その症状が別表1「妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表」に定めるものである妊産婦（妊娠中又は出産後10日以内の女子をいう。以下同じ。）であって、母体又は胎児保護のため医療機関へ入院して必要な医療を受けた者であり、かつ、その入院期間が7日以上とする。

ただし、当該妊産婦が前年分の所得税課税額が年額30,001円以上の世帯に属する者又は児童福祉法第22条の規定による助産施設への入所措置を受けた者であるときは、支給対象者とししないものとする。

6～8 省略

附 則

この要綱は、平成15年5月20日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

別表 1

妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表

分 類	症 候	重分類
1 妊娠高血圧症候群	(1)妊娠高血圧腎症	【軽症】 妊娠20週以降に初めて高血圧が発症し、かつ蛋白尿を伴うもので、分娩後12週までに正常に復する場合
	(2)妊娠高血圧	【軽症】 妊娠20週以降に初めて高血圧が発症し、分娩後12週までに正常に復する場合
	(3)加重型妊娠高血圧腎症	・高血圧症が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降蛋白尿を伴う場合 ・高血圧と蛋白尿が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降、いずれかまたは両症状が憎悪する場合 ・蛋白尿のみを呈する腎疾患が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降に高血圧が発症する場合
	(4)子癇	妊娠20週以降に初めて痙攣発作を起こし、てんかんや二次性痙攣が否定されるもの
2 糖尿病	(1)妊娠糖尿病	75gOGTTにおいて次の基準の1点以上を満たした場合 ① 空腹時血糖値 $\geq 92\text{mg/dL}$ (5.1mmol/L) ② 1時間値 $\geq 180\text{mg/dL}$ (10.0mmol/L) ③ 2時間値 $\geq 153\text{mg/dL}$ (8.5mmol/L)
	(2)妊娠時に診断された明らかな糖尿病	以下のいずれかを満たした場合 ① 空腹時血糖値 $\geq 126\text{mg/dL}$ ② HbA1c $\geq 6.5\%$ (HbA1c(JDS) $\geq 6.1\%$) ③ 確実な糖尿病網膜症が存在する場合 ④ 随時血糖値 $\geq 200\text{mg/dL}$ あるいは 75gOGTT で 2時間値 $\geq 200\text{mg/dL}$ で上記①～③のいずれかがある場合
3 貧血	血色素がおおむね 8g/dl 以下のもの	

別表 1

妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表

分 類	症 候
1 妊娠中毒症	(1)純粹妊娠中毒症 全身浮腫又は蛋白尿3%以上もしくは最高血圧値 170mmHg (又は最低血圧値 110mmHg) 以上のもの 下肢及び下腹部の浮腫又は蛋白尿1%以上若しくは最高血圧値 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)その他の妊娠中毒症 子癇、妊娠中毒症性肺水腫 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日以内に上記(1)又は子癇の症候を示すもの
2 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
	(2)合併症を伴う糖尿病 血糖値が 140mg/dl 以上であって、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
3 貧血	血色素がおおむね 8g/dl 以下のもの
4 産科出血	産科出血により出血多量で輸血その他の応急処置を必要とするもの
5 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、心房細動等の不整脈等病態の悪化が認められるもの

4 産科出血	産科出血により出血多量（経膣 1L，帝切 2L 以上、または S I：1 以上）で輸血その他の応急処置を必要とするもの （ * S I = 心 拍 数 収縮期血圧 ）
5 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、心房細動等の不整脈等病態の悪化が認められるもの

【参考】妊娠高血圧症候群：妊娠高血圧症候群管理ガイドライン 2009

【参考】糖尿病、産科出血：産婦人科診療ガイドライン産科編 2011

別表 2 省略

様式第 1 号

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

* 太枠内のみ記入してください。

妊産婦	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
病名		(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院した医療機関	名称			
	所在地			

別表 2 省略

様式第 1 号

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

* 太枠内のみ記入してください。

妊産婦	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
病名		(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠中毒症 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院した医療機関	名称			
	所在地			

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

申請者住所

申請者氏名

印

福岡県知事 殿

※保健福祉（環境）事務所長の意見

※申請受付年月日

※進達年月日

※取扱保健福祉（環境）事務所名

※※決定年月日

※※支給決定額

注）※印欄は、保健福祉（環境）事務所記入欄、※※欄は健康増進課記入欄

様式第1号の2

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

*太枠内のみ記入してください。

病 名	(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
ふりがな 妊産婦氏名		死亡年月 日	

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

申請者住所

申請者氏名

印

福岡県知事 殿

※保健福祉環境事務所の意見

※申請受付年月日

※進達年月日

※取扱保健福祉環境事務所名

※※決定年月日

※※支給決定額

注）※印欄は、保健福祉環境事務所記入欄、※※欄は児童家庭課記入欄

様式第1号の2

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

*太枠内のみ記入してください。

病 名	(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠中毒症 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
ふりがな 妊産婦氏名		死亡年月 日	

死亡当時の住所						
入院した 医療機関	名 称					
	所 在 地					
上記妊産婦が死亡した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族	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						
申請者住所						
申請者氏名 印						
(連絡先電話番号)						
福 岡 県 知 事 殿						
保健福祉(環境)事務所長の意見						
※申請受付年月日		※進達年月日				
※取扱保健福祉(環境)事務所名						
※※決定年月日		※※支給決定額				
注) ※印欄は、保健福祉(環境)事務所記入欄、※※欄は、健康増進課記入欄						

死亡当時の住所						
入院した 医療機関	名 称					
	所 在 地					
上記妊産婦が死亡した当時生計を同じくしていた配偶者又は親族	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						
申請者住所						
申請者氏名 印						
(連絡先電話番号)						
福 岡 県 知 事 殿						
※保健福祉環境事務所長の意見						
※申請受付年月日		※進達年月日				
※取扱保健福祉環境事務所名						
※※決定年月日		※※支給決定額				
注) ※印欄は、保健福祉環境事務所記入欄、※※欄は、児童家庭課記入欄						

様式第2号

妊娠中毒症等療養証明書

ふりがな 患者氏名		生年月日	
病名	(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院中の医療	(該当する項目の数字を○で囲み、() 内に必要事項を記入してください) 1 食事療法 (食 日間) 2 薬物療法 { 内服 (薬剤名) { 注射 (薬剤名) 3 手術療法等 { 開 腹 () { 分べん誘発・その他 () 4 その他 ()		
入院期間	(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、最終日を21日目とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください) 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 (mmHg) 5 血糖値 (mg/dl) または HbA1c (%) 6 血色素量 (g/dl) 7 産科出血に対する輸血等の応急処置 (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			

様式第2号

妊娠中毒症等療養証明書

ふりがな 患者氏名		生年月日	
病名	(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠中毒症 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院中の医療	(該当する項目の数字を○で囲み、() 内に必要事項を記入してください) 1 食事療法 (食 日間) 2 薬物療法 { 内服 (薬剤名) { 注射 (薬剤名) 3 手術療法等 { 開 腹 () { 分べん誘発・その他 () 4 その他 ()		
入院期間	(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、最終日を21日目とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください) 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 (mmHg) 5 血糖値 (mg/dl) 6 血色素量 (g/dl) 7 産科出血に対する輸血等の応急処置 (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			

上記のとおり証明する。		
年	月	日
医療機関の名称		
医療機関の所在地		
診療担当医師氏名		
印		
注 患者が死亡した場合は、「備考」に死亡年月日を記入してください。		
様式第3号(表)(裏) 省略		

上記のとおり証明する。		
年	月	日
医療機関の名称		
医療機関の所在地		
診療担当医師氏名		
印		
注 患者が死亡した場合は、「備考」に死亡年月日を記入してください。		
様式第3号(表)(裏) 省略		

福岡県妊娠中毒症等療養援護費支給要綱

1 目的

妊娠中毒症等の妊娠中の疾病は、妊産婦死亡や周産期死亡の原因になるばかりでなく、胎児の発育を妨げ未熟児や心身障害の発生原因となる等出生児に対する影響も著しく、また、分娩後も産婦に後遺症を残すことがあるので、早期に適切な医療を施すことが必要である。

このため、妊娠中毒症等により患っている妊産婦に対し、必要な援護を行い、早期に適切な療養を受けることを容易ならしめ、症状の重症化を防ぐことにより、妊産婦の死亡、後障害等を防ぎ、併せて未熟児及び心身障害の発生の防止を図ることを目的とする。

2 事業の内容

妊娠経過中に妊娠中毒症等により患っている妊産婦が必要な医療を受けるために入院した場合、その療養に要する費用について自己負担が生じた場合一部を支給（以下「援護費の支給」という。）するものとする。

3 実施主体

事業の実施主体は、福岡県とする。

4 支給対象疾病

援護費の支給対象疾病は、妊娠高血圧症候群、糖尿病、貧血、産科出血及び心疾患とする。

5 支給対象者

援護費の支給対象者は、福岡県内（ただし北九州市、福岡市、久留米市及び大牟田市を除く）に住所を有する者で、第4に掲げる対象疾病により患し、その症状が別表1「妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表」に定めるものである妊産婦（妊娠中又は出産後10日以内の女子をいう。以下同じ。）であって、母体又は胎児保護のため医療機関へ入院して必要な医療を受けた者であり、かつ、その入院期間が7日以上とする。

ただし、当該妊産婦が前年分の所得税課税額が年額30,001円以上の世帯に属する者又は児童福祉法第22条の規定による助産施設への入所措置を受けた者であるときは、支給対象者としな

6 支給基準

(1) 援護費の支給額は、当該妊産婦の属する世帯の前年分の所得税額に応じて、別表2「妊娠中毒症等療養援護費支給基準額表」に定める額により算定した額（その額が当該妊産婦に係る医療費のうち自己負担すべき額を超えるときは、当該自己負担すべき額に相当する額）とする。ただし、入院期間が21日を超える場合にあっては、21日を限度として支給額を算定するものとする。

(2) 妊産婦の属する世帯の階層区分の認定については、別表2のとおりとする。

7 援護費の支給の申請

(1) 支給対象者が援護費の支給を受けようとするときは、別紙様式第1号（又は様式第1号の2）による妊娠中毒症等療養援護費支給申請書に、別紙様式第2号による妊娠中毒症等療養証明書、別紙様式第3号による世帯調書及びその関係証明書並びに母子健康手帳を添えて、当該妊産婦の居住地を管轄する保健福祉環境事務所に申請するものとする。（妊娠中毒症等療養証明書等に要する費用は申請者の自己負担とする。）

なお、当該妊産婦が死亡し、又は引き続き入院する場合は、生計を同じくしていた配偶者又は

親族において申請できるものとする。

- (2) 前項の申請書を受理した保健福祉環境事務所長は、母子健康手帳を審査のうえ、これを当該申請者に返還するとともに、意見を付して速やかに知事に進達するものとする。
- (3) 援護費の支給申請は、当該妊産婦の入院による医療が終了した日以後30日以内に第1項に規定する手続きに従い行うものとする。ただし、入院期間が21日を超える場合にあっては、入院した日から起算して、22日以後30日以内に申請を行うものとする。

8 援護費の支給

- (1) 知事は、速やかに援護費を支給するか否かを決定し、援護費の支給を決定した場合は、別紙様式第4号により申請者に対しその旨通知するとともに、速やかに援護費を支給するものとする。
- (2) 援護費の支給を行わないことに決定した場合は、別紙様式第5号によりその理由を明らかにして、申請者に対し速やかに通知するものとする。

附則

この要綱は、平成15年5月20日から施行し、平成15年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成24年1月11日から施行し、平成24年1月1日から適用する。

別表 1

妊娠中毒症等療養援護費支給対象者認定基準表

分 類		症 候	亜分類
1 妊娠高血圧症候群	(1)妊娠高血圧腎症	妊娠20週以降に初めて高血圧が発症し、かつ蛋白尿を伴うもので、分娩後12週までに正常に復する場合	【軽症】 血圧) 次のいずれかに該当する場合 収縮期血圧 140mmHg 以上、 160mmHg 未満の場合 拡張期血圧 90mmHg 以上、 110mmHg 未満の場合 蛋白尿) ≥300mg/日、<2g/日 【重症】 血圧) 次のいずれかに該当する場合 収縮期血圧 160mmHg 以上の 場合 拡張期血圧 110mmHg 以上の 場合 蛋白尿) 2g/日以上の際は蛋白尿重症
	(2)妊娠高血圧	妊娠20週以降に初めて高血圧が発症し、分娩後12週までに正常に復する場合	
	(3)加重型妊娠高血圧腎症	・高血圧症が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降蛋白尿を伴う場合 ・高血圧と蛋白尿が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降、いずれかまたは両症状が憎悪する場合 ・蛋白尿のみを呈する腎疾患が妊娠前あるいは妊娠20週までに存在し、妊娠20週以降に高血圧が発症する場合	
	(4)子癇	妊娠20週以降に初めて痙攣発作を起こし、てんかんや二次性痙攣が否定されるもの	
2 糖尿病	(1)妊娠糖尿病	75gOGTTにおいて次の基準の1点以上を満たした場合 ① 空腹時血糖値 ≥92mg/dL (5.1mmol/L) ② 1時間値 ≥180mg/dL (10.0mmol/L) ③ 2時間値 ≥153mg/dL (8.5mmol/L)	
	(2)妊娠時に診断された明らかな糖尿病	以下のいずれかを満たした場合 ① 空腹時血糖値 ≥126mg/dL ② HbA1c ≥6.5% (HbA1c(JDS) ≥6.1%) ③ 確実な糖尿病網膜症が存在する場合 ④ 随時血糖値≥200mg/dLあるいは75gOGTTで2時間値≥200mg/dLで上記①～③のいずれかがある場合	
3	貧血	血色素がおおむね8g/dl以下のもの	
4	産科出血	産科出血により出血多量（経膣1L、帝切2L以上、またはSI:1以上）で輸血その他の応急処置を必要とするもの $\left(*SI = \frac{\text{心 拍 数}}{\text{収縮期血圧}} \right)$	
5	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、心房細動等の不整脈等病態の悪化が認められるもの	

【参考】妊娠高血圧症候群：妊娠高血圧症候群管理ガイドライン 2009

【参考】糖尿病、産科出血：産婦人科診療ガイドライン産科編 2011

別表2

妊娠中毒症等療養援護費支給基準額表

の 分 妊産婦が 属する世帯の 階層区分	援護費の支給基準額 区	基 準 額	加算基準月額 (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 (入院中に手術療法等 を受けた場合の加算額)	
				開 腹	分娩誘発 その他
A	生活保護法による被保護 世帯（単給世帯を含む）	円 9, 1 0 0	円 1, 3 0 0	円 8, 7 0 0	円 3, 0 0 0
B	当該年度分の市町村民税 非課税世帯	7, 3 0 0	1, 0 0 0	8, 7 0 0	3, 0 0 0
C	前年分の所得税非課税世 帯	6, 4 0 0	9 0 0	8, 7 0 0	3, 0 0 0
D	前年分の所得税課税世帯 であって所得税の年額が 3 0, 0 0 0円以下の世 帯	5, 5 0 0	8 0 0	8, 7 0 0	3, 0 0 0

備考

- 「所得税の年額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）、経済社会の変化等に対応して早急に講ずべき所得税及び法人税の負担軽減措置に関する法律（平成11年法律第8号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によって計算された所得税の額をいう。ただし、当該所得税の額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。
 - 所得税法第92条第1項及び第95条第1項、第2項及び第3項
 - 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項
 - 租税特別措置法の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条
- 前年分の所得税又は当該年度分の市町村民税の課税関係が判明しない場合には、当該課税関係が判明するまでの間は、前々年分の所得税又は前年度分の市町村民税の課税関係によるものとする。
- 世帯の階層区分の認定は、当該妊産婦の属する世帯の構成員及び当該構成員以外の者のうち現に妊産婦を扶養している扶養義務者のすべての者の所得税等の課税の有無により行うものとする。

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

*太枠内のみ記入してください。

妊産婦	氏名		生年月日	
	住所		電話番号	
病名		(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院した 医療機関	名称			
	所在地			
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				
申請者住所				
申請者氏名 印				
福岡県知事殿				
※保健福祉（環境） 事務所長の意見				
※申請受付年月日		※進達年月日		
※取扱保健福祉 （環境）事務所名				
※決定年月日		※支給決定額		

注) ※印欄は、保健福祉（環境）事務所記入欄、※※欄は健康増進課記入欄

妊娠中毒症等療養援護費支給申請書

*太枠内のみ記入してください。

病 名		(該当する病名を○で囲んでください)				
		妊娠高血圧症候群	糖尿病	貧血	産科出血	心疾患
ふりがな 妊産婦氏名					死亡年月日	
死亡当時の住所						
入院した 医療機関	名 称					
	所在地					
上記妊産婦が死亡した 当時生計を同じくして いた配偶者又は親族		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 申請者住所 申請者氏名 印 (連絡先電話番号) 福岡県知事 殿						
※ 保健福祉(環境) 事務所長の意見						
※申請受付年月日		※進達年月日				
※ 取扱保健福祉 (環境)事務所名						
※※決定年月日		※※支給決定額				

注) ※印欄は、保健福祉(環境)事務所記入欄、※※欄は、健康増進課記入欄

妊娠中毒症等療養証明書

患者氏名		生年月日	
病名	(該当する病名を○で囲んでください) 妊娠高血圧症候群 糖尿病 貧血 産科出血 心疾患		
入院中の医療	(該当する項目の数字を○で囲み、()内に必要事項を記入してください) 1 食事療法 (食 日間) 2 薬物療法 { 内服 (薬剤名) 注射 (薬剤名) 3 手術療法等 { 開腹 () 分べん誘発・その他 () 4 その他 ()		
入院期間	(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、最終日を21日目とし、21日間の入院期間に係る証明をしてください) 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 (mmHg) 5 血糖値 (mg/dl) または HbA1c (%) 6 血色素量 (g/dl) 7 産科出血に対する輸血等の応急処置 (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			
上記のとおり証明する。 年 月 日 医療機関の名称 医療機関の所在地 診療担当医師氏名 印			

注 患者が死亡した場合は、「備考」に死亡年月日を記入してください。

世帯階層区分

世帯調書

申請者氏名		妊産婦氏名 (申請者との続柄)					
妊産婦の属する世帯構成員	氏名	妊産婦との続柄	性別	年齢	職業(勤務先)	階層区分	所得税額
世帯外扶養義務者	氏名						
	住所						
	氏名						
	住所						
備考							

添付書類

現に妊産婦を扶養している扶養義務者の階層区分(裏面の世帯調書記載要領参照)について、次の例により、それを証明する関係書類を必ず添付してください。ただし、妊産婦本人又は扶養義務者で18歳未満の者は、未就業であれば証明書は不要です。

- 1 階層区分A: 被保護者であることを証明する居住地の福祉事務所長、市町村長又は児童委員の証明書
- 2 階層区分B: 市町村民税の非課税又は免除を証明する市町村長又は市町村民税の特別徴収義務者の証明書
- 3 階層区分C: 所得税の非課税であることの市町村長等の証明書又は市町村民税が均等割のみか所得割も課税されているかどうかを明らかにした市町村長の証明書
- 4 階層区分D: 所得税の課税額について証明する市町村長、税務署長又は所得税の源泉徴収義務者の証明書

様式第3号（裏）

*** 世帯調書記載要領**

- 1 (1) 世帯構成員とは、妊産婦本人と生計を一にしている者をいいます。本人を含めて、全世帯構成員を記載してください。
- (2) 「扶養義務者」とは、配偶者、父、母、祖父母、兄弟姉妹その他家庭裁判所で扶養の義務が負わされた叔父叔母等、民法第877条に定められている者です。
- 2 階層区分欄は、妊産婦本人、扶養義務者について次により記号で記入し、それを証明する書類を表面記載の「添付書類」のとおり添付してください。
 - (1) 階層区分 A：現在生活保護法の被保護者である場合
(生活扶助のほか医療扶助等を受けている場合も含みます)
 - (2) 階層区分 B：A階層に当たる場合を除いて、本年度（不明のときは前年度）の市町村民税が課税されていないか又は免除になっている場合
 - (3) 階層区分 C：A又はB階層に当たる場合を除いて、前年分（不明のときは前々年分）の所得税が課税されていない場合
 - (4) 階層区分 D：A又はB階層に当たる場合を除いて、前年分（不明のときは前々年分）所得税が課税されている場合
- 3 世帯外扶養義務者欄は、世帯構成員以外で現に妊産婦本人に対して扶養を履行している扶養義務者がいる場合のみ記入してください。
- 4 申請後、給付が終了するまでの間に上記記載事項に変更が生じた場合は、申請書を提出した保健福祉環境事務所に届け出てください。

様

福岡県知事

妊娠中毒症等療養援護費支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった妊娠中毒症等療養援護費について下記のとおり決定したので
通知します。

記

1 支給決定額 金 円

2 内訳等

(1) 本人負担額 円

(2) 支給基準により算定した額 円

世帯の 階層	基準額（円）	加算基準額		特別加算額（円）	
		日額（円）	日数（日）	開 腹	分娩誘発その他

様

福岡県知事

妊娠中毒症等療養援護費の支給について

年 月 日付で申請のあった妊娠中毒症等療養援護費については、支給しないことに決定したので通知します。

記

支給しないこととした理由

- 1 妊娠中毒症等療養援護費支給対象に該当しないため
[]
- 2 その他の理由
[]