

## 妊娠高血圧症候群の医療費助成を申請される方へ

### 【助成対象疾病】

妊娠により入院を必要とする下記の疾病及びその続発症で、別紙「妊娠高血圧症候群等医療費助成認定基準」を満たすもの

- (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患
- (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患

### 【助成対象者】

上記の疾病に該当し、次のいずれかの要件に該当する方

(ただし、生活保護を受けている方は対象外です。)

- (1) 前年分の総所得税額が、30,000円以下の世帯に属する方
- (2) 入院見込み期間が26日以上

### 【助成対象額】

入院治療に要する医療費で、各種保険を適用して生ずる自己負担額

(入院時食事療養費標準負担額は対象外です。)

### 【申請に必要な書類】

- (1) 医療費助成申請書(所定の用紙)
- (2) 診断書 ( " )
- (3) 世帯調書 ( " )
- (4) 所得税の証明書(世帯全員分) (入院見込み期間が26日以上の場合は不要)
- (5) 医療保険の資格を確認できる書類の写し

### 【申請期限】

入院中の申請の場合 診断書の診断年月日から3か月以内

退院後の申請の場合 退院日から3か月以内

### 【問合せ先】

葛飾区 青戸保健センター 母子保健係 医療費助成担当

電話 03(3602)1387

妊 娠 高 血 圧 症 候 群 等 医 療 費 助 成 申 請 書

患 者  (申 請 者)	ふりがな											
	氏 名	姓	名									
	生年月日	年 月 日生	電話 ( )									
	住 所	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						-				
				-								
保 険	種 類	政府・船員・日雇・組合・共済・国保		本人・家族								
	記 号		番号	保険者番号								
病 名		1	2	3								
医 療 機 関	名 称											
	所在地											

申請にあたり、青戸保健センター所長が私及び世帯構成員の住民基本台帳を閲覧すること及び妊娠高血圧症候群等医療費助成の認定結果について上記の医療機関に通知することに同意します。

年 月 日 患者氏名  
(直筆署名)

葛飾区長殿

患者（申請者）以外が申請書類を提出する場合は、以下もご記入ください。

提 出 者	ふりがな		
	氏 名	姓	名
	住 所		
		本人との関係	



# 世帯調書

連絡先電話番号

( )

患者の属する世帯の構成	世帯員氏名	続柄	生年月日	職業 (勤務先) 電話番号	所得税額	備考
	(患者氏名)	本人				
	(申請者氏名)					
世帯外扶養義務者	(氏名)					
	(住所)					
	(氏名)					
	(住所)					

(源泉徴収票し添付欄)

添付書類 次 次 の 所得 税 額 証 明 書 ( 前 年 分 の 所 得 の 証 明 書 )

(注) 所得税額が課されている方については、その全員の所得税額証明書を添付してください。  
所得税額が課されていない方でも、確定申告書又は源泉徴収票で配偶者控除が無い場合には、その配偶者の住民税の課税証明書が必要となります。

区分	必要な所得税額証明書	発行先等
1 確定申告をしている方 (自分で事業をしている方等)	* 確定申告書の控え(1面)又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	税務署受付印があるもの
	* 住民税の課税証明書 (所得税が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課
2 確定申告をしていない方 (会社等に勤務の方)	* 源泉徴収票又はそのコピー (コピーの場合は、保健所受付の際、原本とコピーとの照合を受けてください。)	勤務先 (支払者印があるもの)
	* 住民税の課税証明書 (源泉徴収税額が0円の方は必ず必要となります。)	区市町村の税務課