様式第3号の4（第3条関係）

代表者職氏名及び所在地施設の名称

児童福祉法助産券（第　　種助産施設）

　　年　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童福祉法助産券 | 交付番号 | | 第　　　　号 | | 交付年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | 丸亀市福祉事務所長 |
| 入院者 | 氏名 |  | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 現住所 |  | | | | | | | | | | |
| 施設名 | |  | | | | | | | | | | |
| 診療報酬請求明細書 | 在院 | 自　　年　　月　　日  至　　年　　月　　日 | | 在院実日数  日 | | 転帰 | | | | | | 異常分娩の有・無 |  |
| 治癒 | 死亡 | 転院 | 中止 | |  |
| 入院料 | 賄付　　　　　点×　　日間  賄なし　　　　　点×　　日間 | | | |  | | | | |  |  | |
| 処置料 | 血圧測定　　　　点×　　日間  検尿　　　　点×　　日間  浣腸　　　　点×　　日間  導尿　　　　点×　　日間  膣洗浄　　　　点×　　日間  新生児介補料　　点×　　日間 | | | |  | | | | |  |
| その他 |  | | | |  | | | | |  |
| 小計 | | | 点数 | |  | | | | |  |
| 金額 | | 円 | | | | | |
| 分娩介助料（　　　　人） | | | | | 円 | | | | | |
| 胎盤処置料 | | | | | 円 | | | | | |
| 合計金額 | | | | | 円 | | | | | |