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 |