日刊（日曜日、土曜日、休日休刊）

東京都公報

発行　東京都

目次

40

規則

○東京都支庁長委任規則の一部を改正する規則……（総務局行政部振興企画課）…一

○難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則……（福祉保健局保健政策部疾病対策課）…二

○東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の一部を改正する規則……（同）…二

○東京都病院事業財務規則の一部を改正する規則……（病院経営本部経営企画部財務課）…三

訓令

○東京都支庁長専決規程の一部改正……（総務局行政部振興企画課）…三

規程（交）

○東京都交通局企業職員の勤務時間、休日、休暇等に関する規程の一部を改正する規程……三

規程（下水）

○東京都下水道局分課規程の一部を改正する規程……三

規則

東京都支庁長委任規則の一部を改正する規則を公布する。

令和三年三月三十一日

東京都知事　小池　百合子

◉東京都規則第二百三十二号

東京都支庁長委任規則の一部を改正する規則

東京都支庁長委任規則（昭和四十四年東京都規則第三十二号）の一部を次のように改正する。

第一条第一項第三十四号から第三十八号までを次のように改める。

三十四から三十八まで　削除

第一条第一項第五十三号の次に次の一号を加える。

五十三の二　電線共同溝の整備等に関する特別措置法（平成七年法律第三十九号。以下この号において「法」という。）に基づく事務のうち、次に掲げる事務に関すること。

(一)　法第三条第二項の規定により、東京都公安委員会、区市町村、一般電気事業者又は特定電気事業者及び認定電気通信事業者から意見を聴取すること。

(二)　法第四条第二項（法第八条第三項において準用する場合を含む。）の規定により申請を勧告すること。

(三)　法第四条第四項（法第八条第三項において準用する場合を含む。）の規定により申請を却下すること。

(四)　法第五条第二項（法第八条第三項において準用する場合を含む。）の規定により電線共同溝の占用予定者の意見を聴いて電線共同溝整備計画を定めること及び増設に係る電線共同溝の占用予定者の意見を聴いて電線共同溝増設計画を定めること。

(五)　法第六条第二項（法第八条第三項において準用する場合を含む。）又は第十四条第二項の規定による届出を受理すること。

(六)　法第七条第一項（法第八条第三項において準用する場合を含む。）の規定に基づく建設負担金を徴収すること。

(七)　法第十条、第十一条第一項又は第十二条第一項の規定による許可をすること。

(八)　法第十三条第一項の規定に基づく占用負担金を徴収すること。

(九)　法第十五条第一項の規定による承認をすること。

(十)　電線共同溝の整備等に関する特別措置法施行令（平成七年政令第二百五十六

号）第七条第二項第一号の規定による届出を受理すること。

㈡　法第十六条第二項の規定により同項に規定する措置を講ずべきことを命ずること。

㈢　法第十八条の規定により電線共同溝を占用する者の意見を聴いて電線共同溝管理規程を定めること。

㈣　法第十九条の規定に基づく管理負担金を徴収すること。

㈤　法第二十条第二項の規定により必要な指示をすること。

㈥　法第二十一条に規定する国との協議を行うこと。

㈦　法第二十五条において準用する道路法第七十三条の規定により負担金の納付を督促し、並びに当該負担金並びに当該負担金に係る手数料及び延滞金を徴収すること。

㈧　法第二十六条の規定により同条に規定する処分を行うこと。

第一条第一項第五十六号の二㈥中「及び占用料」を「、占用料及び予納金」に改め、同号㈥ア中「第四十六条第一項」の下に「及び第五十三条の二第一項」を、「使用料」の下に「並びに同条第三項に規定する予納金」を加える。

第一条第一項第五十六号の二中㈢を㈤とし、同号㈡中「許可に係る」を削り、同号中㈢を㈣とし、同号㈠中「許可に係る」を削り、「及び占用料」を「、占用料及び予納金」に改め、同号中㈠を㈡とし、㈨を㈢とし、㈧を㈠とし、㈦の次に次のように加える。

㈧　条例第五十三条の規定により、有料施設又は有料用具（以下この号において「有料施設等」という。）の使用を承認すること。

㈨　条例第五十五条の規定により、支庁長の権限に属する使用料を減額し、又は無料で有料施設等を使用させること。

第一条第一項第五十七号㈡中「第十八条の二十三第一項」を「第十八条の二十八第一項」に、「第十八条の二十四第一項」を「第十八条の二十九第一項」に改め、同号㈢中「第十八条の二十五第一項」を「第十八条の三十第一項」に改め、同号㈣中「第十八条の三十一第二項」を「第十八条の三十六第二項」に改める。

第一条第二項第一号㈢に次のように加える。

ウ　都市再生特別措置法施行令（平成十四年政令第百九十号）第十八条各号、第十九条及び第二十条各号に掲げるもの

第一条第二項第四号㈠中「及び第三項」を「、第四項及び第五項」に改める。

附　則

この規則は、令和三年四月一日から施行する。

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則を公布する。

令和三年三月三十一日

東京都知事　小　池　百合子

◉東京都規則第二百三十三号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成二十六年東京都規則第百九十四号）の一部を次のように改正する。

附則別記様式を次のように改める。

附則別記様式（附則第8項関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書（経過措置用）

公費負担者番号			1	3					受給者番号								
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄							
									口座番号（7桁）								
	支店名	支店 出張所							口座名義人								

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療調剤年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注1）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
							食事療養・生活療養標準負担額（注2）			
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×	点（円） 食単価（　　）＝	円 円	
								合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む	円	

注1　「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

注2　食事療養費標準負担額又は生活療養標準負担額の5割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137015の受給者証は、10割が助成対象になります。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日

［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

別記第一号様式中

「住所　都府　区町　丁目　番　号　道県　市村　（マンション名等）」を

「住所　都府　丁目　番　号　道県　（マンション名等）」に、

「受診者氏名　印」を「受診者氏名　」に、

「申請者氏名　印」を「申請者氏名　」に改める。

別記第一号様式の二及び第一号様式の三(表)中

「住所　都府　区町　丁目　番　号　道県　市村　（マンション名等）」を

「住所　都府　丁目　番　号　道県　（マンション名等）」に改める。

別記第一号様式の四中

「受診者氏名　印」を「受診者氏名　」に、

「申請者氏名　印」を「申請者氏名　」に改める。

別記第二号様式の二を次のように改める。

第2号様式の2（第3条関係）

申請書提出日：　年　月　日　指定難病用

個人番号に係る調書

患者	氏名		生年月日　性別
	申請時住所	〒	
	課税等区市町村等		老齢年金以外の年金等（障害年金、遺族年金ほか）の非課税収入がある場合、右列から支給元機関の番号を記入してください。
	支給元番号（法人番号又は共済コード）		
	個人番号		
保護者（患者が31歳未満の場合又は代理人）	氏名		生年月日　性別
	申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。〒	
	課税等区市町村等		老齢年金以外の年金等（障害年金、遺族年金ほか）の非課税収入がある場合、右列から支給元機関の番号を記入してください。
	支給元番号（法人番号又は共済コード）		
	個人番号		
代理人（代理人欄の場合のみ記入）	氏名		生年月日　性別
	住所	〒	
患者と同じ医療保険に加入している家族の状況	一人目 氏名		生年月日　性別
	申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。〒	
	課税等区市町村等		
	個人番号		
	二人目 氏名		生年月日　性別
	申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。〒	
	課税等区市町村等		
	個人番号		
	三人目 氏名		生年月日　性別
	申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。〒	
	課税等区市町村等		
	個人番号		

※1　課税等区市町村等欄には、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。ただし、生活保護又は中国残留邦人等支援給付を受給している方は、当該生活保護等を実施している区市町村等を記載してください。

※2　患者と同じ医療保険の被保険者が四人以上いる場合は、この様式を複数枚使用して、記載してください。

※3　医療保険の種類が、協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。

以下は自治体が記入するので申請する方（患者、保護者又は代理人）は記入しないでください。

通知カードについて、デジタル手続法施行日である令和2年5月25日以後に、改姓や転居等により記載事項に変更があった場合には、以下の確認書類として利用することはできません。

申請者記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□患者 □保護者（患者が18歳未満の場合） □代理人
			□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード　□その他（　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人）　□その他（　）
	個人番号確認	患者（患者が18歳未満の場合にその保護者）の個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し　□その他（　）

（日本産業規格A列4番）

備考　1　本調書は、4枚複写式とし、2部は控えとすること。
　　2　本調書は、第2号様式の3と複写式とすること。

01＝日本年金機構　02＝国家公務員共済組合連合会　03＝地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会　04＝日本私立学校振興・共済事業団（支給元を特定できない場合には、情報連携を行うことはできませんのでご注意ください。）

別記第二号様式の三中

「受給者番号（お持ちの方のみ）」を

「受給者番号（お持ちの方のみ）　年金コード」に改める。

別記第三号様式中

「住所※1　区町市村　丁目　番　号　（マンション名等）」を

「住所※1　都府道県　丁目　番　号　（マンション名等）」に改める。

別記第四号様式中「㊞」を削る。

別記第五号様式中

「氏名　㊞」を

「ふりがな　氏名」に改める。

別記第六号様式中「㊞」を削り、

「氏名」を

「ふりがな　氏名」に、

「氏名※1」を

「ふりがな　氏名※1　電話番号　メールアドレス」に改める。

別記第七号様式及び第八号様式中

「氏名　㊞」を

「ふりがな　氏名」に改める。

別記第九号様式㈹中「印」を削る。

別記第十号様式中「㊞」を削る。

別記第十三号様式中

「受診者氏名　印」を「受診者氏名　」に、

「申請者氏名　印」を「申請者氏名　」に改める。

別記第十五号様式中「印」を削る。

別記第十六号様式から第十七号様式までを次のように改める。

第16号様式（第20条関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　2　当座　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療年月 調剤	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院 外来 調剤	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
								合計	円	

注「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。
※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日
［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

医療機関コード（7桁）

記入者名　部署名
氏名
電話番号
（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

第16号様式の2（第20条関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療調剤年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注1）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
							食事療養・生活療養標準負担額（注2）			
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	社保 生保	1割 2割 3割 10割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×（　　）×食単価（　　）＝	点（円）	円 円	
								合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む	円	

注　「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日

［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

第17号様式（第20条関係）

介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

右記証明のとおり、認定疾病に係る介護給付費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

介護給付費利用者負担額証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □ 有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □ 受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □ その他（理由を記載→　　）

診療年月 調剤	負担区分	入院 外来 調剤 別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	円／単位 A	公費対象単位数 B	利用者負担額 A×B×負担区分	※事務処理欄（この欄は記入しないでください）
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
						合計	円	

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日

［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名
氏名
電話番号
（内線まで）

委　任　状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

別記第十八号様式㈱中

「

新規・更新	病院　・　診療所　・　薬局　・　訪問看護事業所　（いずれかに○を付けてください。）	
保険医療機関等	名称	
	所在地	
	電話番号	
	コード※1	
開設者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	

」を

「

新規・更新	病院　・　診療所　・　薬局　・　訪問看護事業所　・　介護医療院　（いずれかに○を付けてください。）	
保険医療機関等	名称	
	所在地	〒　　－
	電話番号	
	コード※1	
	メールアドレス※2	
開設者又は代表者	住所又は所在地	〒　　－
	氏名又は名称	

」に

「場合）※２」を「場合）※３」に

「

開設者
住所(法人にあっては所在地)　：
氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：　　印

東京都知事　　殿
※1　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
※2　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

」を

「

開設者又は代表者
住所(法人にあっては所在地)
：〒

氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)
：

東京都知事　　殿
※1　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード、介護医療院の場合は介護保険事業所番号を記載してください。
※2　東京都からのお知らせを受信するメールアドレスを記載してください。
※3　記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

」に改める。

別記第十九号様式中「印」を削る。

別記第二十号様式㈱中

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所」を

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院」に

「

保険医療機関等	名称(※1)	変更前	
		変更後	
	所在地(※1)	変更前	
		変更後	
	電話番号	変更前	
		変更後	

」を

「

保険医療機関等	名称(※1)	変更前	
		変更後	
	所在地(※1)	変更前	
		変更後	
	電話番号	変更前	
		変更後	
	メールアドレス	変更前	
		変更後	

」に

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：
　コード(※2)　：
　開設者
　　住所(法人にあっては所在地)　：
　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：　　印」を

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：〒

　コード(※2)　：
　開設者又は代表者
　　住所(法人にあっては所在地)　：〒

　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：」に、「又は介護保険事業所番号」を「、介護医療院の場合は介護保険事業所番号」に改める。

別記第二十一号様式及び第二十二号様式中

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所」を

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院」に、

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：
　コード(※2)　：
　開設者
　　住所(法人にあっては所在地)　：
　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：　　印」を

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：〒

　コード(※2)　：
　開設者又は代表者
　　住所(法人にあっては所在地)　：〒

　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：」に、「又は介護保険事業所番号」を「、介護医療院の場合は介護保険事業所番号」に改める。

別記第二十三号様式中

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所」を

「病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院」に、

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：
　コード(※3)　：
　開設者
　　住所(法人にあっては所在地)　：
　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：　　印」を

「医療機関等
　名称　：
　所在地　：〒

　コード(※3)　：
　開設者又は代表者
　　住所(法人にあっては所在地)　：〒

　　電話番号　：
　　氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)　：」に、「又は介護保険事業所番号」を「、介護医療院の場合は介護保険事業所番号」に改める。

附　則

1　この規則は、公布の日から施行する。

2　この規則の施行の際、この規則による改正前の難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則の様式（この規則により改正されるものに限る。）による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の一部を改正する規則を公布する。

令和三年三月三十一日

東京都知事　小　池　百合子

◉東京都規則第二百三十四号

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の一部を改正する規則

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則（平成十二年東京都規則第九十四号）の一部を次のように改正する。

第五条第一項第一号ハ中「別記第二号様式の二」の下に「及び第二号様式の六」を加え、同項第二号ハ中「別記第二号様式の四」の下に「及び第二号様式の五」を加える。

第十条第一項の表B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書の項中「氏名が記載されているもの」の下に「（以下「検査内容が分かる書類等」という。）」を、「名称が記載されているもの」の下に「。ただし、検査内容が分かる書類等については、検査内容が分かる書類等が提出された認定以降二回目までの更新申請においては、提出を省略することができる。」を加える。

附則別記様式を次のように改める。

附則別記様式（附則第11項関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書（経過措置用）

公費負担者番号			1	3					受給者番号								
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄							
									口座番号（7桁）								
	支店名	支店 出張所							口座名義人								

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療調剤 年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注1）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
							食事療養・生活療養標準負担額（注2）			
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×　食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×　食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×　食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×　食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×　食単価 （　　）×（　　）＝	点（円） 円	円 円	
								合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む	円	

注1　「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

注2　食事療養費標準負担額又は生活療養標準負担額の5割が助成対象になります。ただし、公費負担者番号52137015の受給者証は、10割が助成対象になります。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日
［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

別記第二号様式中「㊞」を削る。

別記第二号様式の二中

「個人番号に係る調書（スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎用）」を

「　　申請書提出日：　　年　　月　　日

個人番号に係る調書（スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎用）」に

「以下は自治体が記入するので申請する方（患者又は代理人）は記入しないでください。

自治体記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□ 患者　□ 代理人　□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード　□その他（　　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人）　□その他（　　）
	個人番号確認	患者の個人番号の確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し　□その他（　　）

（日本産業規格A列4番）」を

「以下は自治体が記入するので申請する方（患者又は代理人）は記入しないでください。
通知カードについて、デジタル手続法施行日である令和2年5月25日以後に、改姓や転居等により記載事項に変更があった場合には以下の確認書類として利用することはできません。

自治体記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□ 患者　□ 代理人　□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード　□障害者手帳　□その他（　　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人）　□その他（　　）
	個人番号確認	患者の個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し　□その他（　　）

（日本産業規格Ａ列４番）」に

備考　本調書は、第２号様式の６と複写式とすること。

改める。

別記第二号様式の四を次のように改める。

第2号様式の4（第5条関係）

申請書提出日：　　年　　月　　日　　都難病用

個人番号に係る調書　（東京都対象難病用）

患者	ふりがな 氏名		生年月日	性別	
	申請時住所	〒			
	課税区市町村※1		課税情報取得に係る同意※2	□ 同意する	
	受給者番号（お持ちの方のみ）		老齢年金以外の年金等（障害年金、遺族年金ほか）の非課税収入がある場合、右列から支給元機関の番号を記入してください。		
	個人番号（マイナンバー）				

代理人（代理申請の場合のみ記入）	ふりがな 氏名		生年月日	
			電話番号	
	住所	〒		

患者と同じ医療保険に加入している者※3・※4	一人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□・患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□ 同意する
		個人番号（マイナンバー）			
	二人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□ 同意する
		個人番号（マイナンバー）			
	三人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□ 同意する
		個人番号（マイナンバー）			

※1　課税等区市町村等欄には、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。
※2　個人番号を利用して該当する方の区市町村民税の課税情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は、別途区市町村民税の課税額を証明する書類が必要となります。
※3　患者と同じ医療保険の被保険者が四人以上いる場合は、この様式を複数枚使用して、記載してください。
※4　医療保険の種類が、協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。

以下は自治体が記入するので申請する方（患者又は代理人）は記入しないでください。
通知カードについて、デジタル手続法施行日である令和2年5月25日以後に、改姓や転居等により記載事項に変更があった場合には以下の確認書類として利用することはできません。

自治体記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□ 患者　□ 代理人　□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード　□障害者手帳　□その他（　　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人）　□その他（　　）
	個人番号確認	患者の個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し　□その他（　　）

（日本産業規格Ａ列４番）

備考　1　本調書は、４枚複写式とし、２部は控えとすること。
　　2　本調書は、第２号様式の５と複写式とすること。

01＝日本年金機構　02＝国家公務員共済組合連合会　03＝地方公務員共済組合又は全国市町村職員共済組合連合会　04＝日本私立学校振興・共済事業団（支給元を特定できない場合には、情報連携を行うことはできませんので、注意ください。）

別記第二号様式の四の次に次の二様式を加える。

第2号様式の5（第5条関係）

情報照会（　有　・　無　）　申請書提出日：　年　月　日　都難病用

F□

個人番号に係る調書　（東京都対象難病用）

患者 □　調書と申請者の氏名、生年月日、性別、住所が同一の場合は要チェック □　被保険者の場合チェック □　同一保険の場合チェック	ふりがな 氏名		生年月日		性別
	申請時住所	〒			
	課税区市町村※1		課税地コード		□　同意する
	受給者番号（お持ちの方のみ）				年金コード
	個人番号（マイナンバー）				

代理人（代理申請の場合のみ記入）	ふりがな 氏名		生年月日 電話番号	
	住所	〒		

患者と同じ医療保険に加入している者※3・※4	一人目 □　被保険者の場合チェック □同一保険の場合チェック □　F	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□　同意する
		個人番号（マイナンバー）			
	二人目 □　被保険者の場合チェック □同一保険の場合チェック □　F	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□　同意する
		個人番号（マイナンバー）			
	三人目 □　被保険者の場合チェック □同一保険の場合チェック □　F	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		課税区市町村※1		課税地コード	□　同意する
		個人番号（マイナンバー）			

※1　課税等区市町村等欄には、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日、7月から12月までに申請する場合は申請年の1月1日時点の住所があった区市町村を記載してください。

※2　個人番号を利用して該当する方の区市町村民税の課税情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は、別途区市町村民税の課税額を証明する書類が必要となります。

※3　患者と同じ医療保険の被保険者が四人以上いる場合は、この様式を複数枚使用して、記載してください。（調書複数枚（有・無））

※4　医療保険の種類が、協会、船員、日雇、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載してください。

窓口での身元確認済み→　真正性確認の有無（　有　・　無　）

以下は自治体が記入するので申請する方（患者又は代理人）は記入しないでください。

自治体記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□　患者 □　代理人 □個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード □障害者手帳　□その他（　　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人） □その他（　　）
	個人番号確認	患者の個人番号の確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □その他（　　）

（日本産業規格A列4番）

備考　本調書は、第2号様式の4と複写式とすること。

第2号様式の6（第5条関係）

情報照会（　有　・　無　）　スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎用

F□

申請書提出日：　年　月　日

個人番号に係る調書　（スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎用）

患者 □　調書と申請者の氏名、生年月日、性別、住所が同一の場合は要チェック	ふりがな 氏名		生年月日		性別
	申請時住所	〒			
	受給者番号（お持ちの方のみ）				
	個人番号（マイナンバー）				

代理人（代理申請の場合のみ記入）	ふりがな 氏名		生年月日 電話番号	
	住所	〒		

患者と住民票上同一の世帯員（※肝炎に係る申請のみ記載してください。）	一人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		個人番号（マイナンバー）			
	二人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		個人番号（マイナンバー）			
	三人目	ふりがな 氏名		生年月日	性別
		申請時住所	□←患者と申請時住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。 〒		
		個人番号（マイナンバー）			

※　患者と住民票上同一の世帯員が四人以上いる場合は、この様式を複数枚使用して、記載してください。

窓口での身元確認済み→　真正性確認の有無（　有　・　無　）

以下は自治体が記入するので申請する方（患者又は代理人）は記入しないでください。

自治体記入欄	身元確認	申請する方の身元確認	□　患者 □　代理人 □個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書　□旅券　□在留カード □障害者手帳　□その他（　　）
		代理権の確認（代理申請の場合のみ確認）	□戸籍謄本（法定代理人）　□委任状（任意代理人） □その他（　　）
	個人番号確認	患者の個人番号の確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □その他（　　）

（日本産業規格A列4番）

備考　本調書は、第2号様式の2と複写式とすること。

別記第四号様式中「㊞」を削る。

別記第十号様式中

「

1　インターフェロン治療(3剤併用療法以外)		2　核酸アナログ製剤治療(新規・更新)
1　B型ウイルス肝炎	2　C型ウイルス肝炎	B型ウイルス肝炎
慢性肝炎	慢性肝炎・代償性肝硬変	慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変
3　3剤併用療法		4　インターフェロンフリー治療(C型ウイルス肝炎)
C型ウイルス肝炎		慢性肝炎・代償性肝硬変

」を

「

1　インターフェロン治療		2　核酸アナログ製剤治療(新規・更新)
1　B型ウイルス肝炎	2　C型ウイルス肝炎	B型ウイルス肝炎
慢性肝炎	慢性肝炎・代償性肝硬変	慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変
3　インターフェロンフリー治療(C型ウイルス肝炎)		
慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変		

」に改め、

同様式(注)1中「、後期高齢者医療若しくは高齢受給者証の限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」のものに限る。）、限度額適用認定証（適用区分が「オ」のものに限る。）」を削る。

別記第十四号様式中「㊞」を削り、「問い合わせは」を「問合せは」に、「問い合わせ先」を「問合せ先」に改める。

別記第十七号様式㊦、第十八号様式㊦、第十九号様式㊦、第二十一号様式㊦、第二十二号様式㊦及び第二十三号様式㊦中「㊞」を削る。

別記第三十二号様式中「㊞」を削る。

別記第三十三号様式から第三十五号様式までを次のように改める。

第33号様式（第16条関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　2　当座　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者） 受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）	□ 有効期間内に主保険単独で支払をしたため □ その他（理由を記載→　　）

診療調剤 年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤 別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注1）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
							食事療養・生活療養標準負担額（注2）			
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円） 有効期間内の食事数×一食単価 （　　）×（　　）＝	点（円）	円 円	
								合計 ※食事療養・生活療養標準負担額含む	円	

注　「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日

［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

第34号様式（第16条関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）

公費負担者番号			1	3					受給者番号								
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄							
									口座番号（7桁）								
	支店名	支店 出張所							口座名義人								

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療年月 調剤年月	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
								合計	円	

注「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。
※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日
［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

医療機関コード（7桁）

記入者名　部署名
氏名
電話番号
（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

第34号様式の2（第16条関係）

介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

有記証明のとおり、認定疾病に係る介護給付費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

介護給付費利用者負担額証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □ 有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □ 受給者証を適用して支払した医療費について負担上限月額が減額されたため
- □ その他（理由を記載→　　）

診療年月 調剤	負担区分	入院 外来 調剤 別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	円／単位 A	公費対象単位数 B	利用者負担額 A×B×負担区分	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
年　月	1割 2割 3割 10割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
年　月	1割 2割 3割	入院 外来 調剤	日	日	円	単位	円	
						合計	円	

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日
［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名
氏名
電話番号
（内線まで）

委　任　状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

別記第35号様式（第16条関係）

医療費支給申請書兼口座振替依頼書

公費負担者番号			1	3					受給者番号							
振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 ・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。							預金種別	1　普通　　2　当座　　3　貯蓄						
									口座番号（7桁）							
	支店名	支店 出張所							口座名義人							

医療機関等証明のとおり、認定疾病に係る医療費の申請をします。支給額決定後は、上記の口座に振り込んでください。

また、本申請に関して、東京都が直接保険者及び医療機関等へ照会し、保険者及び医療機関等が東京都に当該情報を提供することに同意します。

東京都知事　殿

（受給者）

〒（　　―　　）

住　所

氏名

生年月日　　年　　月　　日

電話

（申請者）　受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。

〒（　　―　　）

住　所

氏名

受給者との続柄（　　）

電話

医療機関等証明欄

申請理由（いずれかにチェック）
- □　有効期間内に主保険単独で支払をしたため
- □　その他（理由を記載→　　）

診療年月 調剤	保険種別	負担区分	限度額認定証の提示（支払時に提示があった場合のみ適用区分を記載）	入院外来調剤別	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険総点数（訪問看護ステーションの場合は総金額）	左記のうち有効期間内で、かつ特定医療に係る保険点数（訪問看護ステーションの場合は金額）	窓口での患者負担額（注）	※事務処理欄（この欄は記入しないでください。）
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
年　月	国保 社保 後期	1割 2割 3割		入院 外来 調剤	日	日	点（円）	点（円）	円	
								合計	円	

注「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額（対象疾病以外分も含む。）の合計を記入してください。
※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。

上記のとおり証明します。　　年　　月　　日
［医科1・歯科3・調剤4・看護6］

医療機関コード（7桁）

所在地
施設名　　印
管理者名
電話番号　（　　）

記入者名　部署名　氏名　電話番号（内線まで）

委任状

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

東京都知事　殿　　年　　月　　日

（委任者／受給者本人）
住所
氏名　　印

（受任者／振込先口座名義人）
住所
氏名　　印

（日本産業規格A列3番）

別記第三十八号様式㊦及び第三十九号様式㊦中「㊞」を削る。
別記第四十二号様式及び第四十四号様式㊦中「印」を削る。

附　則

1　この規則は、公布の日から施行する。
2　この規則の施行の際、この規則による改正前の東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の様式（この規則により改正されるものに限る。）による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

東京都病院事業財務規則の一部を改正する規則を公布する。

令和三年三月三十一日

東京都知事　小　池　百合子

◉東京都規則第二百三十五号

東京都病院事業財務規則の一部を改正する規則

東京都病院事業財務規則（昭和三十九年東京都規則第百二十三号）の一部を次のように改正する。

第百十三条中「して、これを押印」を削り、「立合人」を「立会人」に改め、「のうえ、これに押印」を削る。

別記第十号様式乙中「照合印」を「照合者」に、「合帳作成者印」を「合　帳作成者」に、「照　合　印」を「照　合　者」に、「記載者印」を「記　載　者」に改める。

別記第十号様式丙中「照合印」を「照合者」に、「合帳作成者印」を「合　帳作成者」に、「照合印」を「照合者」に、「者印記載」を「記載者」に改める。

別記第三十号様式甲中「㊞」を削る。

別記第三十号様式乙（上）中「㊞」を削る。

別記第三十四号様式中「あて」を「宛」に改め、「㊞」を削り、「不渡と」を「不渡りと」に改める。

別記第三十八号様式中「㊞」を削る。

別記第四十二号様式中「印」を削る。

別記第四十四号様式中「㊞」を削る。

別記第四十六号様式表面中「㊞」を削り、「納入者　住所　　氏名　　印　」を「納入者　住所　　氏名　　」に改める。

附　則

1　この規則は、令和三年四月一日から施行する。
2　この規則の施行の際、この規則による改正前の東京都病院事業財務規則別記第十号様式乙、第十号様式丙、第三十号様式甲、第三十号様式乙、第三十四号様式、第三十八号様式、第四十二号様式、第四十四号様式及び第四十六号様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

訓　令

◉東京都訓令第三十七号

東京都支庁長専決規程（昭和四十四年東京都訓令甲第五号）の一部を次のように改正する。

令和三年三月三十一日

東京都知事　小　池　百合子

第一条第一項第二十七号の三中「第四十二条第一項」を「第四十三条第一項」に改める。

支　庁　中　一　般

規　程（交）

◉交通局規程第二十五号

東京都交通局企業職員の勤務時間、休日、休暇等に関する規程の一部を改正する規程を次のように定める。

令和三年三月三十一日

東京都交通局長　内　藤　　淳

東京都交通局企業職員の勤務時間、休日、休暇等に関する規程の一部を改正する規程

東京都交通局企業職員の勤務時間、休日、休暇等に関する規程（平成七年交通局規程第十四号）の一部を次のように改正する。

第五条第三項中「東京都交通局組織規程（昭和三十七年交通局規程第三十三号）第三条に定める局の分課のうちその所在地が新宿区西新宿二丁目八番一号にあるもの（以下「本庁」という。）において」を削り、「時刻について」の下に「普通勤務イの」を加える。

附則第三条及び附則別表を削る。

別表第一総務部の項中「本庁」を「本庁舎」に、「すべての」を「全ての」に改め、同表職員部の項及び資産運用部の項中「すべての」を「全ての」に改め、同表電車部の部中「本庁」を「本庁舎」に改め、同部電車営業所の項中

所長及び管理担当職員	
運輸担当職員（乗務員を除く。）	を
乗務員	

に改め、同部乗務管理所の項中

所長及び管理担当の業務に従事する職員	
運輸担当の業務に従事する職員（運転業務に従事する職員を除く。）	
運転業務に従事する職員	

「乗務員」を「運転及び車掌業務に従事する職員」に、「入換運転業務」を「運転業務のうち、入換運転業務」に改め、同表自動車部の部中「本庁」を「本庁舎」に改め、同部自動車営業所の項中「乗務員」を「運転業務に従事する職員」に改め、同表車両電気部の項中「本庁」を「本庁舎」に改め、同表建設工務部の部中「本庁」を「本庁舎」に改め、同部工務事務所の項及び地下鉄改良工事事務所の項中

普通勤務イ	

を

普通勤務イ	普通勤務ロ

に改める。

別表第二普通勤務の部イの項正規の勤務時間の欄及び休憩時間の欄を次のように改める。

(一)	午前七時から午後三時四十五分まで	(一)から(七)までは正午から午後一時まで。ただし、所属長が認める場合にあっては、当該所属長は、午前十一時三十分から午後零時三十分まで又は午後零時三十分から午後一時三十分までのいずれかの時間を休憩時間として各職員について指定する。(八)及び(九)は午後一時から午後二時まで
(二)	午前七時三十分から午後四時十五分まで	
(三)	午前八時から午後四時四十五分まで	
(四)	午前八時三十分から午後五時十五分まで	
(五)	午前九時から午後五時四十五分まで	
(六)	午前九時三十分から午後六時十五分まで	
(七)	午前十時から午後六時四十五分まで	
(八)	午前十時三十分から午後七時十五分まで	
(九)	午前十一時から午後七時四十五分まで	

別表第二普通勤務の部ハの項中「乗務員」を「運転業務に従事する職員」に、「車掌」を「車掌業務に従事する職員」に改める。

附　則

この規程は、令和三年四月一日から施行する。

規　程（下水）

◉東京都下水道局管理規程第二十一号

東京都下水道局分課規程の一部を改正する規程を次のように定める。

令和三年三月三十一日

東京都下水道局長　和賀井　克　夫

東京都下水道局分課規程の一部を改正する規程

東京都下水道局分課規程（昭和三十七年東京都下水道局管理規程第一号）の一部を次のように改正する。

別表第一中「管路再構築事業推進専門課長」を「下水道設備再構築事業推進専門課長及び管路再構築事業推進専門課長」に改める。

別表第二中「多摩地域」を「市町村」に改める。

附　則

この規程は、令和三年四月一日から施行する。

発行　東京都
東京都新宿区西新宿二丁目八番一号
電話　〇三(五三二一)一一一一(代)
郵便番号 163-8001
定価　本号　七〇円
一箇月　六、六〇〇円
（郵送料を含む。）
印刷所　勝美印刷株式会社
東京都文京区白山一丁目十三番七号
電話　〇三(三八一二)五二〇一(代)
郵便番号 113-0001

FSC ミックス紙 FSC® C006270
リサイクル適性Ⓐ