



発行  
東京都

目次

65

規則

- 東京都電子署名規則の一部を改正する規則……………（財務局経理部総務課）…
  - 児童福祉法施行細則の一部を改正する規則……………（福祉局子供・子育て支援部企画課）…
  - 医療法施行細則の一部を改正する規則……………（保健医療局医療政策部医療安全課）…
- 規程（水）
- 東京都水道局財務規程の一部を改正する規程……………（六）

規則

東京都電子署名規則の一部を改正する規則を公布する。

令和五年九月二十九日

東京都知事 小池 百合子

●東京都規則第三百十号

東京都電子署名規則の一部を改正する規則

東京都電子署名規則（令和四年東京都規則第二百十六号）の一部を次のように改正する。

第十一条第一項中「（第三条第一項第二号に規定する場合にあっては、契約主管課長）」を削り、同項に次のただし書を加える。

ただし、第三条第一項第二号に規定する場合にあっては、庶務主管課長又は契約主管課長のうちから局長が任命する。

附則

この規則は、令和五年十月二日から施行する。

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を公布する。

令和五年九月二十九日

東京都知事 小池 百合子

●東京都規則第三百十一号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（昭和四十一年東京都規則第六十九号）の一部を次のように改正する。

第六条の二第一項中「小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書」を「小児慢性特定疾病重症患者認定申請書」に改める。

別記第十一号様式から第十一号の三様式までを次のように改める。

第11号様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書様式同意書

フリガナ				生年月日			
氏名				年			日
住所	東京都 区市町村			丁目			番 号
種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (国庫被保険者)			本人・家族			
病名	1	2	3				
自己負担額(税別)	該当する場合、当該項目に○をつけてください。						
名称	名称	名称	名称	名称			
所在地	所在地	所在地	所在地	所在地			
名称	名称	名称	名称	名称			
所在地	所在地	所在地	所在地	所在地			
※ 受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となるので、以下の申請者欄の記載は不要です。							
フリガナ				続柄			
氏名				父・母・その他( )			
住所	東京都 区市町村			丁目			番 号
【注記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 注記の欄から申請日までの期間が1か月より短い場合は記載不要 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費見舞金の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ( )							

※(1) 〇重症・難治性疾患を認めている ○人工呼吸器等を装着している ○高齢かつ長期(医療費総額5万円/月(医療費の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年単位以上ある ○世帯外(同一世帯内とは異なる)に小児慢性特定疾病又は難治性疾患を認定されている  
 ※(2) 医療費見舞金認定された診断年月日等、医療費の支給を受けることとなる年月日を記載する。支給開始日は、診断年月日又は申請日から1か月前(予定)までの間より前に行きなかつた場合は最長3か月前)の日(予定)まで遡って申請することが可能  
 別紙「医療費見舞金の取扱い及び研究利用について」に記載の、本申請書に添付された医療費見舞金の研究等への利用について同意される方は、以下に署名を捺印いただきます。

私は、本申請書に添付した医療費見舞金が、小児慢性特定疾病の治療研究等に活用されるための基礎資料として利用されることに同意します。

患者氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 ※患者が未成年又は成年後見人等の理由により、本人に代わって(代理人)同意する場合は、以下も記名してください  
 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

私は、上記疾病の医療費支給認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_

東京都知事 殿

区市町村使用欄	東京都使用欄		
受付年月日	本人確認	重症申請	所得階層
		有	同一世帯内
			高額長期
			重症認定
			人工呼吸器等

(日本医療研究開発機構)

第11号の2様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病医療費見舞書

告示番号	(承認済を記載)			小児慢性特定疾病医療費見舞書	受付種別	
病名						
保険情報	保険者番号 ( )	被保険者記号 ( )	被保険者番号 ( )	被保険者個人単位番号 ( )		
氏名	(セイメイ)	(姓名)	以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ)	(姓名)	
住所	郵便番号 ( )	都道府県 ( )	区市町村 ( )	丁目番地等 ( )		
生年月日	年 月 日	都道府県 ( )	区市町村 ( )	性別	男性・女性・性別未決定	
出生地						
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日			
発症時期	年 月 日	発症時の年齢	満 歳 か月 日	BMI		
現在の身長・体重	身長 (測定日)	cm (SD)	体重 (測定日)	kg (SD)	BMI	%
身体障害者手帳	なし・あり (等級: 1級・2級・3級・4級・5級・6級)	療育手帳	なし・あり			
手帳取得状況	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)	なし・あり (等級: 1級・2級・3級)				
現状評価	治療・寛解・改善・不変・再発・悪化・死亡・判定不能	小児慢性特定疾病 重症度再認定基準に該当	運動制限の必要性	なし・あり		
臨床所見	人工呼吸器等装着認定基準に該当	する・しない・不明	重症度再認定基準に該当	する・しない・不明		
最終受診日	( ) 年 ( ) 月 ( ) 日	(各疾病ごとに必要事項を記載)				
検査所見	(各疾病ごとに必要事項を記載)					
その他の所見(申請時)	(各疾病ごとに必要事項を記載)					
経過(申請時)	(各疾病ごとに必要事項を記載)					
検査・検査状況	(検査・検査状況)					

認定申請・小中学校(通常学級・通級・特別支援学級)・小中学校・専攻科を含む(高専部)・高等専攻科(専攻科を含む)・高等専門学校・専門学校/専修学校など・大学(短期大学を含む)・大学(専攻科を含む)・専攻科(専攻科を含む)・その他 ( )

医療機関・医師署名 上記のとおり診断します。		記載年月日 年 月 日
医療機関名 医療機関所在地 電話番号		診断年月日 年 月 日
小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )		診療科 医師名 ( )
・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。		
行政記載欄		
担当自治体		
受理日	年 月 日	
公費負担者番号		
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]	
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]	
受給者番号	受給者番号 ( )	有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]	
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者番号 ( ) 資格取得年月日 ( )	被保険者記号 ( ) 被保険者個人単位技番 ( ) 日 ( )

(日本産業規格A104番)

第11号の3様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病 成長ホルモンプлаズマ検査意見書<新規申請用>									
病名									
保険情報	保険者番号 ( )	被保険者記号 ( )	被保険者番号 ( )	被保険者個人単位技番 ( )					
氏名	(セイメイ)								
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性・女性	性別未決定	
臨床所見(診断時)									
最終受診日	( )	年	月	日					
(疾病ごとに必要事項を記載)									
臨床所見(申請時)									
(疾病ごとに必要事項を記載)									
検査所見(診断時)									
(疾病ごとに必要事項を記載)									
検査所見(申請時)									
(疾病ごとに必要事項を記載)									
医療機関・医師署名									
上記のとおり診断します。									
医療機関名	記載年月日	年	月	日					
医療機関所在地	診断年月日	年	月	日					
電話番号	診療科	医師名							
	小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )								
・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。									



第11号の10様式(第6条関係)

小児慢性特定疾病 成長ホルモンの治療用意見書<継続申請用>									
病名									
保険情報	保険者番号 ( ) 年 月 日	被保険者記号 ( )	被保険者番号 ( )	被保険者個人単位番号 ( )					
氏名	(セイメイ) (姓名)								
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	満 歳	か月	日	性別	男性・女性・性別未決定		
最終受診日	( ) 年 月 日								
臨床所見(申請時)									
(疾病ごとに必要事項を記載)									
経過(申請時)	成長ホルモンの治療：治療効果： [ 無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明 ]								
薬物療法	成長ホルモンの治療：治療効果： [ 無効 ・ やや有効 ・ 著効 ・ 不明 ]								
有害事象	有害事象(成長ホルモンの治療と関連あり)： [ なし ・ あり ] 詳細： ( ) 有害事象(成長ホルモンの治療以外)： [ なし ・ あり ] 詳細： ( )								
医療機関・医師署名									
上記のとおり診断します。									
医療機関名	記載年月日			年	月	日			
医療機関所在地	診断年月日			年	月	日			
電話番号	診療科								
	医師名								
	小児慢性特定疾病 指定医師番号 ( )								

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保障 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位番号 ( ) 資格取得年月日 年 月 日

(日本産業規格W14部)

附則

- 1 この規則は、令和五年十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児童福祉法施行細則別記第十一号様式、第十一号の二様式、第十一号の三様式、第十一号の九様式及び第十一号の十様式による用紙で、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。

医療法施行細則の一部を改正する規則を公布する。

令和五年九月二十九日

東京都知事 小池百合子

●東京都規則第百三十二号

医療法施行細則の一部を改正する規則

医療法施行細則(昭和三十年東京都規則第四十号)の一部を次のように改正する。

第三十五条の二第二項中「(以下これらを総称して「閲覧書類」という。)」を削り、「別記第四十五号様式の二による閲覧書類閲覧請求書を知事に提出」を「知事が指定する情報処理システム(以下「情報処理システム」という。)を利用して、閲覧請求」に改め、同条第二項を次のように改める。

2 閲覧は、情報処理システムにより行うものとする。

第三十五条の二第三項を削り、同条第四項中「閲覧書類の整理その他の理由により」及び「前項の規定にかかわらず」を削り、「を定め、又は同項の閲覧時間を延長し、若しくは短縮する」を「又は時間を定める」に、「第二項の場所に掲示」を「情報処理システム上に掲載」に改め、同項を同条第三項とし、同項の次に次の一項を加える。

4 知事は、情報処理システムの運用に支障がある行為をし、又はそのおそれがあると認められる者に対し、閲覧を停止し、又は禁止することができる。

第三十五条の二第五項を削り、同条の次に次の一条を加える。

(経営情報等の報告)

第三十五条の三 法第六十九条の二第二項の規定による報告は、別記第四十五号様式の

三による報告書により行うものとする。

別記第三十六号様式及び第三十六号様式の二を次のように改める。

第36号様式(第30条関係)

東京都知事 殿

年 月 日

郵便番号

設立代表者 住所

氏名

電話番号 ( )

医療法人設立認可申請書

医療法人の設立の認可を受けたので、医療法第44条第1項及び医療法施行規則第31条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 名称	
2 主たる事務所の所在地	郵便番号 住所 電話番号 ( )
3 開設しようとする病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の名称及び開設場所	電話番号 ( )
4 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院以外の業務を併せて行う場合は、その業務の概要	

(日本産業規格A列4番)

第36号様式の2（第30条の3関係）

年 月 日

東京都知事 殿

主たる事務所の所在地  
申請者 名称

理事長氏名  
電話番号 ( )

社会医療法人認定申請書

社会医療法人の認定を受けたいので、医療法施行令第5条の5及び医療法施行規則第30条の36の規定により、下記のとおり申請します。

記

名称	所在地	救急医療等確保事業の別

注1) 「救急医療等確保事業を行っている病院又は診療所」欄には、医療法第42条の2第1項第5号の基準に適合する病院又は診療所(指定管理者として管理する病院又は診療所を含む。)を全て記載すること。

注2) 「救急医療等確保事業の別」欄には、当該施設で行っている医療法第30条の4第2項第5号に掲げる医療(以下参照)に係るもののうち、同法第42条の2第1項第5号の要件に該当するもの(複数ある場合は、その全て)を記載すること。

- 救急医療(精神科救急医療の基準を満たす場合は、「精神科救急医療」と記載すること。)
- 災害医療 ○へき地医療 ○周産期医療 ○小児医療(小児救急医療を含む。)
- その他知事が特に必要と認める医療

(日本産業規格A列4番)

原記載三十七号様式の二中「㊦」及び「フアクシミリ番号 ( )」や「㊮」。

原記載三十七号様式の五中「㊦」・「フアクシミリ番号 ( )」及び「フアクシミリ番号 ( )」。

「添付書類

- 1 実施計画
- 2 医療法人が医療法第42条の2第1項第1号から第6号まで(第5号ハを除く。)に掲げる要件に該当するものであることを証する書類
- 3 定款又は寄附行為

「㊮」。

原記載三十七号様式の十中「㊦」・「フアクシミリ番号 ( )」及び「フアクシミリ番号 ( )」。

「添付書類

変更後の実施計画」

や「㊮」。

原記載三十七号様式の六中「㊦」・「フアクシミリ番号 ( )」及び「フアクシミリ番号 ( )」。

「添付書類

変更後の実施計画」

や「㊮」。

原記載三十七号様式の七中「㊦」・「フアクシミリ番号 ( )」及び「フアクシミリ番号 ( )」。

「添付書類

- 1 この決議を行った社員総会、理事会又は評議員会の議事録(写しの場合には原本と相違ない旨の理事長の証明があること。)
- 2 理事長就任予定者の履歴書、認可されれば理事長に就任する旨の承諾書及び印鑑登録証明書

「㊮」。

原記載四十号様式の「㊦」及び「フアクシミリ番号 ( )」や「㊮」又は介護老人保健施設」や「介護老人保健施設又は介護医療院」」。

「添付書類

この決議を行った社員総会、理事会又は評議員会の議事録(写しの場合には原本と相違ない旨の理事長の証明があること。)

別記第四十一号様式中「又は介護老人保健施設」を「介護老人保健施設又は介護医療院」に改める。

別記第四十二号様式を次のように改める。

第42号様式(第33条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

主たる事務所の所在地

申請者 名称

理事長氏名

電話番号 ( )

医療法人の定款(寄附行為)変更認可申請書

定款(寄附行為)の変更の認可を受けたいので、医療法第54条の9第3項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 変更内容	
2 変更理由	

(日本産業規格A列4番)

別記第四十五号様式中「㊦」、「フナクシミリ番号 ( )」及び

「添付書類

- 1 変更後の定款 (寄附行為)
- 2 定款 (寄附行為) を変更することを決議した社員総会、理事会又は評議会の議事録 (写しの場合には原本と相違ない旨の理事長の証明があること。)
- 3 登記事項証明書 (履歴事項全部証明書)

別記第四十五号様式中「㊦」及び「フナクシミリ番号 ( )」並びに「又は

介護老人保健施設」や「介護老人保健施設又は介護医療院」の名称。

別記第四十五号様式の二を次のように改める。

第四十五号様式の二 削除

別記第四十五号様式の二の次に次の二の様式を加える。

第45号様式の3 (第35条の3関係)

年 月 日

東京都知事 殿

主たる事務所  
の所在地  
届出者 名 称  
理事長 氏名  
電話番号

( )

医療法人の経営情報等報告書

年 月 日から 年 月 日までの決算を終了したので、医療法第69条の2第2項の規定に基づき、下記の書類により報告します。

記

1	経営状況に関する情報 (病院) 職種別給与総額及びその人数に関する情報 (病院)
2	経営状況に関する情報 (診療所) 職種別給与総額及びその人数に関する情報 (診療所)

※提出する書類の番号に○を付けてください。

※提出は、会計年度終了後3月以内に行ってください。ただし、法第51条第5項の規定により公認会計士又は監査法人の監査を受けなければならないこととされている医療法人は、会計年度終了後4月以内に行ってください。

別記第四十六号様式を次のように改める。

第46号様式(第36条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

主たる事務  
所の所在地  
申請者 名 称  
理事長氏名  
電話番号 ( )

医療法人解散認可申請書

医療法人の解散の認可を受けたいので、医療法第55条第6項及び医療法施行規則第34条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 名 称	
2 主たる事務所の所在地	
3 理 事 長 氏 名	
4 設 立 認 可	年 月 日
5 開設している 病院、診療所、 介護老人保健施 設又は介護医療 院	名 称 所在地
6 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の開設以外の業務を行っている場合は、その業務の概要	
7 解散時の純資産額	
8 設立時の純資産額	
9 残余財産の処分方法	
10 解散の事由 (該当事由に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 目的たる業務の成効の不能 <input type="checkbox"/> 総会の決議

(日本産業規格A列4番)

別記第四十八号様式を次のように改める。

第48号様式(第37条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

清算人 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

医 療 法 人 解 散 届

年 月 日付けをもって医療法人を解散したので、医療法第55条第9項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 主たる事務所の所在地	
3 理 事 長 氏 名	
4 設 立 認 可	年 月 日
5 開設している 病院、診療所、 介護老人保健施 設又は介護医療 院	名 称 所在地
6 病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の開設以外の業務を行っている場合は、その業務の概要	
7 解散時の純資産額	
8 設立時の純資産額	
9 残余財産の処分方法	
10 解散の理由 (該当事由に☑を入れる)	<input type="checkbox"/> 解散事由の発生 <input type="checkbox"/> 社員の欠亡

(日本産業規格A列4番)

別記第四十九号様式中「㊦」、「フアクシミリ番号 ( )」及び

「添付書類

- 1 解散の理由書
- 2 財産目録及び貸借対照表
- 3 残余財産及びその処分に関する事項を記載した書類
- 4 残余財産を他に帰属させるときは、相手方の同意書
- 5 社団たる医療法人については、総社員の同意を経たことを証する書類

を

添

別記第五十一号様式を次のように改める。

第51号様式(第39条関係)

東京都知事 殿

年 月 日

主たる事務所の所在地

名 称

理事長氏名

電話番号

( )

申請者

主たる事務所の所在地

名 称

理事長氏名

電話番号

( )

医療法人吸収合併認可申請書

医療法人の吸収合併の認可を受けたいので、医療法第58条の2第4項の規定により、下記のとおり申請します。

記

名	称
1 吸収合併前の 医療法人	主たる事務 所の所在地 名 称
2 吸収合併継続 医療法人	主たる事務 所の所在地 名 称
3 吸収合併継続医療法人の事 業計画の概要	
4 合 併 の 期 日	年 月 日

(日本産業規格A列4番)

別記第五十二号様式の二を次のように改める。

第52号様式の2(第39条の2関係)

東京都知事 殿

年 月 日

主たる事務所の所在地  
名 称  
理事長氏名  
電話番号 ( )

申請者  
主たる事務所の所在地  
名 称  
理事長氏名  
電話番号 ( )

医療法人新設合併認可申請書

医療法人の新設合併の認可を受けたいので、医療法第59条の2において読み替えて準用する同法第58条の2第4項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 新設合併消滅 医療法人	名 称	
	主たる事務所の所在地	
2 新設合併設立 医療法人	名 称	
	主たる事務所の所在地	
3 新設合併設立医療法人の事業計画の概要		
4 合併の期日	年 月 日	

(日本産業規格A2714番)

別記第五十二号様式の四を次のように改める。

第52号様式の4(第39条の3関係)

東京都知事 殿

年 月 日

主たる事務所の所在地  
名 称  
理事長氏名  
電話番号 ( )

申請者  
主たる事務所の所在地  
名 称  
理事長氏名  
電話番号 ( )

医療法人吸収分割認可申請書

医療法人の吸収分割の認可を受けたいので、医療法第60条の3第4項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 吸収分割医療法人	名 称	
	主たる事務所の所在地	
2 吸収分割承継 医療法人	名 称	
	主たる事務所の所在地	
3 吸収分割承継医療法人の事業計画の概要		
4 分割の期日	年 月 日	

(日本産業規格A2714番)