1

日刊(日曜日、土曜日、休日休刊)

発 行 **東京都**

規 目 則 次

66

○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………

-------(保健医療局保健政策部疾病対策課)---

○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…

則

規

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。

東京都知事 小 池 百 合子

●東京都規則第百三十三号

令和五年九月二十九日

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 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

四号)の一部を次のように改正する。

月」を「一年六月」に改める。 第十六条中「、申請を受理した日」を「、特定医療費の支給開始日」に、「一年三

別記第一号様式及び第一号様式の二を次のように改める。

뭰記

第1号様式(第3条関係) 舗兆 ※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずわかとし、申請者氏名については、患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入してください。 「御藤忍ください」 本申請者の名及び本申請書に添付した診断者(臨床調を個人票)を利用する際は、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外の利用は一切いたしません。 治療研究において更に御協力をお願いする場合は、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を御磁認したします。 同意については任意であり、同意されたい場合でも物定医療費の支給認定の司表に吸煙をエルデー、「 本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書(臨床觀査個人票)の研究等への利用についての同意をされる方は、以下に署名をお願いいたします。 願いいたします。 私は、本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書(臨床調査個人票)が、指定難契の研究を推進するため、指定難契の治療研究等、指定難判に係る研究及び政策立案の基礎資料として厚生労働省、東京都及び区市町村に利用されることに同意いたします。 먪 病名等の情報 影始 (医療受給者証の送付先) 患者本人が18歳未満の場合は、保護者の情報を記載してください やしけたへがない。 加入 医療保険等 ルの句 合は口に印 該当する場 申請情報 ※いずれかの 以下に該当する場合は口に印をつけてください。 フリガナ 甲請時に既 郵便番号 郵便番号 Ж では任意であり、同意されない場合でも特定医療費の支給認定の可否に影響を及ぼすものではありません。 による影断帯(臨床調査個人票)の利用については、「臨床調査個人票の研究利用に関する御説明」も併せて御権認ください。 病名 患者住所・電話番号と同じ 患者氏名と同じ 住所 好 復写式とし、1部は控えとすること。この場合において、当該控えにおける研究等への利用に係る同意の欄については、押印を要しない 第1号様式の2及び第1号様式の3と複写式とすること。 患者との統格 道 (マンション名等) ※対象となるのは、15配指定継续又は小児慢性特定疾病の助成開始中以降の医療費です。自己負担上限額管理原のレンは当17倍から原教機能関の教養問即等を終行し、ください、小児慢性特定疾病の医教費助成を受けている場合は、当数医教費助成に係る受給者間の与しも続付してください。 □ 小児慢性特定疾病の医療費助成も受けている。当該医療費助成に係る受給者証の写しを添付してください 「軽症かつ高鏡」に該当したい。 □ 更新申請日の異する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える 月が3回以上ないため、「軽症かつ高額」に該当しない。 ※該当しない場合のみ、チェックを入れてください。 茶 「高額から長期」に談当する。 「再請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が ------□ 体外式補助人工心臓を使用している。 後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証を所持している場合の負担割合 種類 (レンション名等) 保険者名称 人工呼吸器を使用している。 生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・後期高齢 ە 듩 秊 情報連携する 中 6 # 4 7 馬 ロ 情報連携しない 電話番号※日中つながる 連絡先を御記入ください。 □兄弟姉妹 電話番号※日中つながる 連絡先を御記入ください 保險者番号 フリガナ Ħ 卓 ₩ 口祖父母 料 4 <u>ا</u> 生年月 日 (年齢) 6 口やの街(鄉 神 幽 * ¥ 1割・2割・3割 (単) 本人・家族 枝番 特定医療費支給認定申請書 ᆒ ψ 田憲 臨末調査 個人票記 載の診断 年月日 申請日から1か月前(上記でやむを得ない理由が確認できた場合は最長3か月前)の同じ日までとなります ※医療費助成の開始日は、臨床調査個人票に記載された内容を診断した日(診断年月日)まで遡ることができます。ただし、遡ることができる限度は、 分類を満たしていた場合は、改めて診断年月日を指定医に確認する必要があります。 ※臨床調査個人票の影断年月日を転記してください。臨床調査個人票に影断年月日の記載がない場合は、記載不要です。ただし、審査の結果、重症度 医療機関等 母談を 希望する 本申請書に記載のとおり申請します。 年 月 日 東京都知事殿 ルの句 由能に繋する信機 患者と同じ医療保険に 加入している者※医療 保険の種類が、協会、船 保険の種類が、協会、船 員、用雇、組合又は共済 の場合は、被保険者のみ 記載してください。 生活・療養の 状況 思者と同じ医療保険に加入している者な、該当しているものを全員記載してください サ 所在地棚の都道府県名は必ず記載してください。 上記の者及 介護認定 # Ш 難病の医療費助成を受けている 者 (都疾病を含む。) 小児慢性特定疾病の医療費助成 を受けている者 (都疾病を含む。 無·有(要支援 1·2 ш 就労 イ. 就学 ウ. 自宅療養 その街瓶設入所(施設名 【左記の「診断年月日」欄が、申請日から1か月以上前の年月日となっている場合又は空棚の場合は、申請までに時間を要した理由をチェックしてください。】

□ 臨朱調査個人県の受領に時間を更したため

□ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため

□ 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

□ 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

□ 子の他 [

□ 特段の理由なし⇒こにチェックした場合、医療費助原開始日について圏ることができる限度は1か月前の同じ日までと 氏名 氏名 天名 天名 氏名 氏名 医療機関名 申請者氏名 要介護 1・2・3・4・5) フリガナ フリガナ フリガナ フリガナ 氏名 氏名 **厌名** 入院(医療機関名: 身体障害者手帳 受給者番号 | 胃ろう ・ 経管栄養) | 入裕・排せつ)に介助が必要 無・有(受給者番号 受給者番号 受給者番号 受給者番号 生年月日 生年月日 生年月日 生年月日 患者との続柄 患者との続柄 患者との続柄 患者との続柄 患者との続柄 患者との続柄 竣 (日本産業規格A列3番) 収受印押印機 # 併 # 冊 介助不要 Я Ъ Я Э ш Ш

同意に厚生光	治療がある。	1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	※氏名に	私は、 指定難療	本申請			遊	もの布	5化雜	ii)				者总付先)		 	H 医療受益		●書					ď	患者							一根式の3
ころいれば年間で運光でする。	たりませる f究において更 、ます。	3へたらい 』 背書の内容及ひ いたしません。	してれば、記 の数者に代わっ	本申請書の内 引に係る研究及	情書の内容及ひ こします。		ださい。	合は口に印		申請情報	ሃ ት	77	↓申請時に既		住所	郵便番号	※いずれか		口 患者氏	1.54		医療保険等	加入		H.SI	₽	1	郵便番号	R 46	۱ ۱	711#4		第1号様式の3(第3条関係)
国語の有無を領する。	『本申請書に添付した診断書(臨床調査個人票)を利用する際は、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外の利用は	受診者氏名 申請者氏名 ては、患者が未成年又は成年被後見人等	は、本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書(臨床調査個人票)が、指定難病の研究を推進するため、指定難病の治療研究等 難病に係る研究及び政策立案の基礎資料として厚生労働省、東京都及び区市町村に利用されることに同意いたします。	本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書(臨床調査個人票)の研究等への利用についての同意をされる方は、以下に署名 願いいたします。	※対象となるのは、上記指定維病又は小児慢性特定疾病の助成開始日以降の医療費です。自己負担上限額管理 ※対象となるのは、 票の写し又は別に定める医療機関の療養証別等を添付してください。小児慢性特定疾病の医療費助成を受けて いる場合は、当該医療費助成に係る受給者証の写しを添付してください。		□ 小児慢性特定疾病の医療費助成も受けている。当該医療費助成に係る受給者証の写しを添付して	□ 体外式補助人工心臓を使用している。	□ 人工呼吸器を使用している。	「概定かつ高額」に談当しない。 「要者申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超え 更新申請日の風する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超え 月が3回以上ないなめ、「軽症かつ高額」に該当しない。 ※該当しない場合のみ、チェックを入れてください。	(9)	に難病医療費助成を受けている場合は、当談医療費助成に係る受給者証又は医療券の写しを添付してくだ ③ ③ ③ ③ ③ ③	(マンション名等)	遊 県 TE 番 号	雑語券号※日中つながる 雑器先を御記入ください。 ()	・思省との続柄 の口に印をつけてください。	患者住所・電話番号と同じ 氏名 姓名	患者氏名と同じ	:	「医療被保険者証又は高齢		바	種 類 生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・後期高齢 本人・	- 1			電話番号※日中つながる) 193 年 1 年 1 年 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	(年齢)	姓 名	日 「	1 情報連携する □ 情報連携しない 特/ □ 調素もり □ 調素もり □ 開業を)		
外の利用は 東京都知事殿 無を御確認 本申請書に記載のとおり申請します。 8へださい。 年月日申請者氏名	十日経典で香港を示さる日経しそう。 東 美 モ 多	東京都知事	1 方	生活・頻奏の ア. 就労 イ. 就学 ウ. 自宅療養 状況 オ. その他施設入所(施設名:	佐藤処置 無・有(人工呼吸器 ・ 吸引器 ・ の	介護認定 無・有(要支援 1・2 要介護 1・2・	※医療費助成の開始日は、臨床調査個人票に記載された内容を診断した日(診断年月日)まで遡ることができます。 ・	べだかご、	1 _		器保護金 る 個人票記 裁の影断 年月日 在日日				医療機力の 医療機関率	過零サ	医療機関名	↑患者と同じ医療保険に加入している者で、該当しているものを:	氏名	9年 小光酸電料正米板の販鰲貨男成 ちゅ を扱けている者 フリガナ			正記の名文 有(御朱炳を召む。) フ フ で患者本人	難病の医療費助成を受けている サ (推済点すべす)	関して	子书	の場合は、仮来家名のも問載したへださい。			患者と同じ医療保険に	FF-20	特定医療費支給認定申請書	(表)
		収受印押印欄		気管切開 · 酸素 · 胃ろう · 経管栄養) 生活の一部(歩行・食事・入浴・排せつ)に介助が必要 3. 介助不要	身体障害者手帳 無・有(年月日)まで遡ることができます。ただし、遡ることができる限度は、 の同じ日までとなります。	11 の門表が近い巻白は、門表へ吹い。 だぶし、毎年の結米、風泊吹か。	F	・・・・	路宋調査個人県の受領に時間を要したため 法状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため 法規決の需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 その他「	語: でに時間を要した理由をチェックしてください。】	ら1か月以上前の年月日となっている場合Xは空棚の場合は、				所在地	しているものを全員記載してください。 ください。	受給者番号	支袖有實力 年月日	五十万日 十 万 日	AT	生年月日 年月日	- Gu	生年月日 年月日	患者との続柄	患者との統柄	患者との続柄	患者との続柄	東北との緑樹	受給者番号 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			

5	令和5年9月29日(金曜日)	東	京	都	公	報			(土)	曾刊 6	66)
							別記第一号様式の四を次のように改める。	改める。	「・審査の結果、認定となった場合の医療費助成の開始日は、「医師が重症度分類を満たしていると診断した日」又は「軽症高額談当基準を満たした日の翌日」となります。 ただし、申請日からこれらの日までの遡りの限度は原則1か月とし、医師が診断書の作成に期間を要した場合や入院その他 「契急の治療が必要であった場合など、診断日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは、最長3か月となります。		別記第一号様式の三裏中

	こだします。 同意にしい、 厚生労働省	【御羅認へだ本申請書の、一切いたしま、治療研究に	※氏名につい より、受診者	私は、本申 指定難病に係	本申請書の内 お願いいたしま				の信息					↑患者本人	金 先	4の送付		(厥 部	杂)	住	書 書	フリ 兵		
	ては任意であ による診断書	さい】 内容及び本申 せん。 おいて更に角	ては、記名排 に代わって申	青書の内容及 る研究及び政	内容及び本申ます。		ださい。 へん	合は口に印	桜出する場	かの あー	:	783	}	患者本人が18歳未満の場合は、	所	郵便番号	Ì	Ą.	#	所	郵便番号) #+ A		
	り、同意されない場合でも特定医療費の支給 (臨床調査個人票)の利用については、「臨床	「御藤窓ください」 本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書(臨床調査個人票)を利用する際は、個人情報の保護に十分配慮し、目的以外の利用は 一切いたしません。 一治教研究において更に御協力をお願いする場合は、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、改めて同意の有無を御嫡認 いた。まます。	※氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとし、申請より、受診者に代わって申請者が同意する場合に記入してください。	私は、本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書 (臨床調査個人票)が、指定難病の研究を推進するため、 指定難病に係る研究及び政策立案の基礎資料として厚生労働省、東京都及び区市町村に利用されることに同意 尋診者氏名	本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書 (臨床調査個人票) の研究等への利用についての同意をされる方は、以下に署名願いいたします。	A Comment of the Comm	「高額かつ長期」に該当する。 □ 更新申請日の属する月以前の12か月の間に、 」 る月が6回以上あった。 ※対象となるのは、助成開始日以降の医療費です。 券兼証明等を添付してください。	□ 小児慢性特定疾病の医療費助成も受けている。	□ 体外式補助人工心臓を使用している。	□ 人工呼吸器を使用している。	□ 軽症から高額」に該当しない。 □ 更新申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の鰈 る月が3回以上ないとめ、「概定から高額」に該当しない。 ※該当しない場合のみ、チェックを入れてください。	(B)	0 0)場合は、保護者の情報を記載してください。		- Habin 針 7 ※日中つながる連絡先を 御記入ください。	事 共 系, D.				電話番号 ※日中つながる連絡先 を御記入ください。		符定医療費支給認定申請著(更新)	
	認定の可否に影響を及ぼすものではあり 調査個人票の研究利用に関する御説明」	用する際は、個人情報の保護に十分配慮 から主治医を介して説明が行われ、改め	申請者氏名については、患者が未成年又は成り。 申請者氏名については、患者が未成年又は成った。	()が、指定難病の研究を推進するため、指定 及び区市町村に利用されることに同意いた 學家者氏名	研究等への利用についての同意をされる		-記の難病に関する月 自己負担上限額管理	る。 当該医療費助成に係る医療受給者証を添付してくだ			病に関する月	(1)	@			患者との続柄					生年月日		清菩(更新)	
	×	《し、目的以外の利用は)で同意の有無を御確認	申請者氏名 患者が未成年又は成年被後見人等の理由に	指定難病の治療研究等、 ハたします。 年 月 日	5方は、以下に署名を			\$V.	(受	<u>ال</u>	ごとの医療費総額が33,330円を超え 受け								1					
升	京都知事殿 本申請書に記載のと] 希望します	療費助成の開始」希望しません	療費助成の開	給者証の有効	以下の趣は、必然	段を 多なな を を を を を を を を を を を を を を を の の の の	⊣ (す 上記の者及 の で患者本人 情			きませる	-					
月日申請者	とおり申請します。	果、重症度分類を満たしていた場合は、改め ※医療費助成の開始日は、臨床調査個人票に記 ただし、遡ることができる限度は、申請日か となります。	臨床調査個人票記載の診断年月日 ※臨床調査個人票の診断年月日を転記してくだ。	□ 大規模災告に被災したこと等により、□ その他 (□ 特段の理由なし⇒ここにチェックした場合		⇒「診断年月日」欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている場合又は空欄の場合は、申請までに時間を要、・* 14-1-17	医療費助成の開始日を、申請日より前にすることを希望しますか、 一 希望しません ※希望しない場合、申請日の前日までの間にかかった医療費は助成されませんので、御注意ください。 また、以下の「臨床調査関人票記載の診断年月日」欄の記載は不要です。	【医療費助成の開始日について】		受給者証の有効期限を過ぎてから申請する場合に御記入ください。	区所领别地石		回に国権危険で担任している表示特別しているものも今日智事してくなさい	フロマー)者及	(V)	※医療保険の種類が、協会、船員、巾角、組合又は共済の場合は、被保険者のみ記載して	と同じ医療保険に加入している者と言うでは言う。						
· 氏名	ļ	て診断年月日2 載された内容を ら1か月前(さい。臨床調査値	申請書類の提出に 医療費助成開始日	ため や提出に時間や関	:前の年月日となっ	ますか。 かかった医療費は 所年月日」欄の記載			□ 値記入へださい		6 6 6 1	ス名 人 人 人 人 日 当	フリガナ		1	氏名	氏名						
申請者氏名		を指定を指定を表示	≽I I			7	7.42 26.43 26.43		•	,-		0	世帯・アイス											
·氏名		を指定医に確認する必要があります と診断した日(診断年月日)まで遡 上記でやむを得ない理由が確認でき	年 月 日	□呼回を吸 したため ぶついて遡ることができる限度に	したため	ハる場合又は空欄の場	されませんので、御注で吸ぐす。						Н	4 4	My T	· 神	i lla	i lli						
·		類を満たしていた場合は、改めて物帯作月日を指定医に確認する必要があります。 開始的日は、臨年調査側人際に記載された内容を診断した日(診断年月日)まで遡ることができます。 いことができる限度は、申請日から1か月前(上記でやむを得ない理由が確認できた場合は長長3か月前)の同じ日までいことができる限度は、申請日から1か月前(日記でやむを得ない理由が確認できた場合は長長3か月前)の同じ日まで	月の影響を	指示表決したこと等により、単語者類の指出に呼回を取しただめ] 甘なし→ここにチェックした場合、医療要数成量治日についた圏ることがたきる限設は1か月前の同じ日またとなります。	したため	いる場合又は空欄の場合は、申請まで	されませんので、御注意ください。下要です。				DIATUB		父悟石毎万	生年月日	受給者番号	患者との続柄	患者との続柄	患者との続柄	-					