

別記第三号様式中「印」を削る。
別記第二十四号様式の次に次の一様式を加える。

第24号様式の2(第10条関係)

難病医療費助成申請書(更新) 兼同意書

患者	フリガナ 氏名	電話番号 ※日中つながる連絡先 を記入ください。	生年月日
	郵便番号		
	住所		
保険等			
医療券の 申込者 の 住所	氏名	電話番号 ※日中つながる連絡先 を記入ください。	患者との続柄
	郵便番号		
	住所		

病名	①	②	③
	④	⑤	⑥
その他 申請情報	<input type="checkbox"/> 「難症かつ高額」に該当しない。 <input type="checkbox"/> 更新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円を超える月が3回以上あるため、「難症かつ高額」に該当しない。 <small>※該当しない場合のみ、チェックを入れてください。</small>		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用している <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓を使用している <input type="checkbox"/> 国の指定難病の医療費助成を受けている※当該医療費助成に係る医療受給者証を添付してください。 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている※当該医療費助成に係る医療受給者証を添付してください。 <input type="checkbox"/> 「高額かつ長期」に該当する。 <input type="checkbox"/> 更新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50,000円を超える月が6回以上あるため、「難症かつ高額」に該当しない。 <small>※対象となるのは、助成開始日以降の医療費です。自己負担上限額管理票の写し又は別に定める医療機関の療養証明書等を添付してください。</small>		

診断書の利用についてのご同意 どちらかの□に印をつけてください。
本申請書の内容及び本申請書に添付した診断書に記載された検査結果等を治療研究その他難病患者支援のための基礎資料として厚生労働省及び東京都並びに区市町村に提供することに同意する。

□ はい □ いいえ

【御確認ください】
本申請書の内容及び本申請書に添付された診断書については、患者の方が良質かつ適切な医療を受けられよう、患者の方の同意の下に厚生労働省や東京都、区市町村の研究等その他難病患者の方の支援のための基礎資料として使用することとなります。使用の際は、個人情報保護に十分配慮し、上記以外の目的には一切使用することはありません。
なお、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確認いたします。

世帯に関する 情報	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。	氏名	患者との続柄
	上記の者及び患者本人のうち右に該当している者 小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者	フリガナ 氏名	患者との続柄 患者との続柄 生年月日 受給者番号 生年月日 年 月 日
		フリガナ 氏名	受給者番号 生年月日 年 月 日

↑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全員記載してください。

以下の欄は、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。
(受給者証の有効期限内に申請する場合は記載不要です。)

【医療費助成の開始日について】
医療費助成の開始日を、申請日より前であることを希望しますか。
□ 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「臨床調査個人票記載の診断年月日」欄の記載は不要です。
□ 希望します ⇒「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。
□ 臨床調査個人票の受領に時間を要したため
□ 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
□ その他()

臨床調査個人票記載の診断年月日 年 月 日
臨床調査個人票記載の更新年月日 年 月 日
※臨床調査個人票の更新年月日を記載してください。臨床調査個人票に記載がない場合は記載不要です。ただし、審査の結果、更新年月日を記載した場合は、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)まで適用することができます。ただし、更新することのできる期間は、申請日から1か月前(上記で必ずを付さない理由が確認できた場合は検査3か月前)の同じ日までとなります。

東京都知事様
本申請書に記載のとおり申請します。
年 月 日 申請者氏名
受印押印欄

附則

(施行期日)

1 この規則は、令和五年十月一日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正後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（以下「改正後の規則」という。）第八条第一項の表及び第十条第一項の表の規定は、この規則の施行の日（以下「施行日」という。）以後の申請に係る医療費の助成について適用し、施行日前に行われた申請に係る医療費の助成については、なお従前の例による。この場合において、改正後の規則第八条第一項の表中「又は当該医療費助成」とあるのは「当該医療費助成」と、「前（医師が診断書の作成に期間を要したことその他のやむを得ない理由により、申請を診断した日から一月以内に行わなかったときは、三月前）の日」とあるのは「前（医師が診断書の作成に期間を要したことその他のやむを得ない理由により、申請を診断した日から一月以内に行わなかったときは、三月前）の日又は令和五年十月一日」とする。
- 3 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。

発行
 東京都
 東京都新宿区西新宿二丁目八番一
 号(代)

郵便番号
 163-8001

定価
 本号
 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(代)

郵便番号
 113-0001

