



発行 東京都

目次

規則

告示

雑報

規則

○大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則及び大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則の一部を改正する規則……(保健医療局健康安全部環境保健衛生課)……一

○都立公園の位置、区域及び面積の変更……(建設局公園緑地部公園課)……四

○当せん金付証券の発売委託……(全国自治宝くじ事務協議会)……七

大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則及び大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則の一部を改正する規則を公布する。

令和八年三月三十日

東京都知事 小池 百合子

●東京都規則第三十五号

大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則及び大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則の一部を改正する規則

第一条 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則(昭和四十七年東京都規則第二百五十七号)の一部を次のように改正する。

第三条第一項に次のただし書を加える。

ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

第三条第一項に次の一号を加える。

四 個人番号に係る調書(別記第一号様式の四)

第三条第四項中「第一項第三号に掲げる書類は、」を

「第一項に掲げる書類については、知事において、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成二十五年法律第二十七号)第二十六条において準用する同法第二十二条第一項の規定により、当該書類と同一の内容を含む特定個人情報(同法第二条第九項に規定する特定個人情報をいう。以下同じ。)の提供が受けられる場合又は第一項の規定による申請をする者が」に改める。

第七条第一項中「特別な理由があると認める」を「認められた」に改め、同項に次の一号を加える。

五 個人番号に係る調書(別記第一号様式の四)

第七条第二項を次のように改める。

2 前項の申請については、第三条第四項の規定を準用する。

第九条第三項を次のように改める。

3 前二項の届出は、個人番号に係る調書を添えて行わなければならない。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

第九条に次の一項を加える。

4 第一項及び第二項の届出については、第三条第四項の規定を準用する。

別記第一号様式中「~~調書~~」を「~~調書~~」に改める。

別記第一号様式の二を次のように改める。

第1号様式の2(第3条、第7条関係)

主治医診療報告書(気管支ぜん息用)

氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 才)
住所			

診療状況等

申請に係る疾病名

1 気管支ぜん息(発症時期: 歳 か月頃、 □不詳) → □①現在も症状継続
 □②一度症状が消え、 歳で再発
 2 続発症: □肺性心、 □他() (発症時期: 歳 か月頃、 □不詳)

最近1年間の上記申請疾病に係る受診状況(該当する項目にチェック及び○をして数字を記入してください。)

入院 1 □あり(回: 最近の入院時期 年 月) 2 □なし

通院 定期受診: 年・月・週に 回程度 定期外受診: 年・月・週に 回程度

診断根拠

1 発作性の呼吸困難、ぜん鳴、胸苦しさ、咳の反復がある、又はあった。
 2 1の症状は自然に、又は気管支拡張薬等により改善する、又はされた。
 3 症状や検査結果からみて、気道が過敏である。
 4 1の症状は、他の心肺疾患、先天性異常、発達異常によるものではない。
 □上記項目1から4まで全て該当する。 □該当しない項目がある。(下欄記載必須) →

*本来、気管支ぜん息であれば上記項目全て該当すると考えられます。非該当項目を選択の上、非該当にもかわらず気管支ぜん息と診断した理由を記載してください。非該当項目: 1□ 2□ 3□ 4□
 【理由】

現在の治療(薬物治療)を受ける

1 □ 吸入ステロイド薬(量必須: 低/中/高) / 長時間作用性β ₂ 刺激薬配合剤	10 □ 経口ステロイド薬(維持)
2 □ 吸入ステロイド薬(量必須: 低/中/高) / 長時間作用性抗コリン薬/長時間作用性吸入β ₂ 刺激薬配合剤	11 □ 経口ステロイド薬(増悪時のみ)
3 □ 単剤の吸入ステロイド薬(量必須: 低/中/高)	12 □ 増悪時のみ気管支拡張薬を使用
4 □ 単剤の長時間作用性β ₂ 刺激薬	13 □ 経過観察
5 □ 単剤の長時間作用性抗コリン薬	14 □ その他()
6 □ ロイコトリエン受容体拮抗薬	
7 □ テオフィリン徐放製剤	
8 □ 生物学的製剤(種別必須: 1□ オマリズマブ/2□ メボリズマブ/3□ ベンラリスマブ/4□ デュヒルマブ/5□ テゼベルマブ)	
9 □ アレルゲン免疫療法	

最近1年間の症状

1 □ なし 2 □ 年に数回 3 □ 1回/月以上、1回/週末未満
 4 □ 1回/週以上、1回/日未満 5 □ 毎日/生活に制限なし 6 □ 毎日/生活に制限あり

喫煙状況

現状(患者本人) □ 喫煙していないことを確認した。
 喫煙歴(患者本人) □ なし □ あり: 1日平均()本を()年間喫煙、禁煙時期 歳時
 同居者に喫煙者(加熱式タバコを含む。)が □ いない □ いる

新規・更新

医学的検査結果

①血液検査結果
 白血球数 /μl 血液像(好酸球比率) % 検査日: 年 月 日
 血清総IgE(非特異的IgE) IU/ml (標準値 IU/ml) 検査日: 年 月 日

②アレルゲン検査結果 検査日: 年 月 日
 (いずれかを選択) (検査した項目を選択) ③胸部エックス線検査結果
 撮影日: 年 月 日(6か月以内)

A □ 血液検査 □ 特異的IgE抗体 □ その他 ()
 1□ グラニ 1□ クラス 0・1・2・3・4・5・6
 2□ その他 ()
 2□ ハウスダスト 1□ クラス 0・1・2・3・4・5・6
 2□ その他 ()

B □ 皮膚テスト □ スクラッチ □ フリック □ 皮内
 1□ グラニ 1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他 ()
 2□ ハウスダスト 1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他 ()

呼吸機能検査結果 検査日: 年 月 日
 *カッコン内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。
 VC ml(%) FVC ml(%)
 FEV_{1.0} ml(%) FEV_{1.0%} %
 V₅₀ l/s(%) V_{50%} l/s(%)

*主治医コメント欄(症状や治療の経過、合併症について等)

上記のとおり報告します。 年 月 日
 医療機関名
 医療機関所在地
 医療機関電話番号
 担当医師 氏名

(日本産業規格A列4番)

【注】1 更新申請の場合、医学的検査結果の記入は任意です。診断・治療に際して、実施した検査がある場合は、検査データを記入してください。

2 カッコン内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。

【注】2 カッコン内は、正常予測値との比率(%)を記載してください。

血液検査結果	検査日	年 月 日
白血球数	/μl	血液像(好酸球比率) %
血清総IgE(非特異的IgE)	IU/ml	
検査日	年 月 日	
アレルゲン検査結果	検査日	年 月 日
(いずれかを選択)	(検査した項目を選択)	
A □ 血液検査 □ 特異的IgE抗体 □ その他 ()	1□ グラニ 0・1・2・3・4・5・6 2□ その他 ()	1□ クラス 0・1・2・3・4・5・6 2□ その他 ()
B □ 皮膚テスト □ スクラッチ □ フリック □ 皮内	1□ グラニ 1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他 () 2□ ハウスダスト 1□ 陽性 2□ 陰性 3□ その他 ()	

血液検査結果	検査日	年 月 日
白血球数	/μl	血液像 %
非特異的IgE	IU/ml	
検査日	年 月 日	
アレルゲン検査結果	検査日	年 月 日
(いずれかを選択)	検査結果	
A 血液検査 [特異的IgE抗体 その他()]	1 グラニ 1 陽性 2 ハウスダスト 2 疑陽性 3 陰性	
B 皮膚テスト [スクラッチ、フリック、皮内]		

別記第一号様式の三中

改め、同様式の次に次の一様式を加える。

第1号様式の4(第3条、第7条関係)

大気汚染医療費助成制度用

個人番号に係る調書

①患者 (本人)	フリガナ			生年月日	年	月	日
	氏名			電話番号	() () ()		
	住所	〒					
	受給者番号 (お持ちの方のみ) 個人番号 (マイナンバー)						

②保護者等 (代理人)	フリガナ			性別	
	氏名			電話番号	() () ()
※患者(本人) 以外が申請する 場合に記入	住所	<input type="checkbox"/> ←患者(本人)と住所が同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。			

以下は自治体が記入するので申請する方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	<input type="checkbox"/> 患者(本人) <input type="checkbox"/> 保護者(患者が18歳未満の場合) <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()
		代理権の確認(代理申請の場合のみ確認)	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書(成年後見人) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード※ <input type="checkbox"/> 住民票(個人番号記載あり)の写し <input type="checkbox"/> その他()
	個人番号確認	申請者の個人番号の確認		

別記第二号様式(裏中)「(住民票の写しが必要で

ず。)」を削る。

第二条 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則(平成二十九

年東京都規則第百六号)の一部を次のように改正する。
別記附則様式(裏中)「(住民票の写しが必要で

ず。)」

を削る。
附則

1 この規則は、令和八年十月一日から施行する。ただし、第一条中別記第一号様式の改正規定は、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大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則別記第一号様式から第二号様式まで及び大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則別記附則様式による用紙で、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。

告示

●東京都告示第百六十一号

東京都立公園条例(昭和三十一年東京都条例第百七号)第三条第三項の規定により、東京都立公園の位置、区域及び面積を次のとおり変更する。

令和八年三月三十日

東京都知事 小池 百合子

公園名 変更内容 変更年月日

東京都立長沼公園 別図(1)のとおり 令和八年三月三十一日

東京都立神代植物公園 別図(2)のとおり 同日

東京都立大戸緑地 別図(3)のとおり 同日

東京都立野山北・六道山公園 別図(4)のとおり 同日