

○東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則

平成一二年三月三〇日

規則第九四号

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則を公布する。

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則

(目的)

第一条 この規則は、難病等、小児精神病、B型ウイルス肝炎若しくはC型ウイルス肝炎又はB型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変にり患した者に対して、医療費等を助成することにより、その医療の確立と普及とを図り、併せて患者の医療費等の負担軽減を図ることを目的とする。

(平一二規則三〇三・平一四規則八七・平一七規則七九・平一八規則一一・平一九規則一五八・平二〇規則七六・平三〇規則一三三・一部改正)

(対象疾病及びその範囲)

第二条 この規則による助成(以下「医療費助成」という。)の対象となる疾病及びその範囲(以下「対象疾病」という。)は、別表第一、別表第三、別表第五及び別表第六のそれぞれの疾病名の欄及び疾病の範囲の欄に掲げるものとする。

(平一二規則三〇三・平一四規則八七・平一六規則一一七・平一七規則七九・平一八規則一一・平三〇規則一三三・一部改正)

(対象者)

第三条 医療費助成の対象となる者(以下「対象者」という。)は、次に掲げる要件を備えている者及び知事が必要と認める者とする。

- 一 別表第一、別表第三、別表第五及び別表第六のそれぞれの対象者の欄に掲げる者
 - 二 前条に規定する対象疾病について、次に掲げる法律(以下「医療保険等各法」という。)の規定により医療又は介護に関する給付を受けている者(医療保険等各法以外の法令、条例及びこの規則以外の規則の規定により医療又は介護に関する給付を受けている者で、自己の負担額を生じないものを除く。)
 - イ 国民健康保険法(昭和三十三年法律第百九十二号)
 - ロ 健康保険法(大正十一年法律第七十号)
 - ハ 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)
 - ニ 国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第百二十八号)
 - ホ 地方公務員等共済組合法(昭和三十七年法律第百五十二号)
 - ヘ 私立学校教職員共済法(昭和二十八年法律第二百四十五号)
 - ト 高齢者の医療の確保に関する法律(昭和五十七年法律第八十号)
 - チ 介護保険法(平成九年法律第百二十三号)
- (平一二規則三〇三・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平一七規則七九・平一八規則一一・平二〇規則七六・平三〇規則一三三・一部改正)

(医療費助成の範囲)

第四条 知事は、第六条の規定により認定された対象者(以下「認定患者」という。)の疾病に係る別表第一、別表第三、別表第五及び別表第六のそれぞれの医療費助成の額の欄に掲げる医療費等を助成する。

(平一二規則三〇三・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平一七規則七九・平一八規則一一・平二六規則二〇〇・平三〇規則一三三・一部改正)

(申請)

第五条 この規則により医療費助成を受けようとする者は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める書類並びに第三条第二号イからトまでに掲げる法律(以下「医療保険各法」という。)のいずれかの法律の規定により医療の給付を受けている者にあつては医療保険各法及びこれらに基づく命令に規定する被保険者、被扶養者、組合員又は加入者の資格に係る情報が確認できる書類(以下「資格確認書等」という。)の写しを知事に提出しなければならない。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

一 別表第一の第一類に掲げる疾病に係る対象者(第七号に規定する者を除く。) 次に掲げる書類

イ 難病医療費助成申請書兼同意書(別記第一号様式)

ロ 臨床調査個人票(別記第二号様式)

ハ 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・肝がん・重度肝硬変用)(別記第二号様式の二及び第二号様式の六)

ニ 高齢者の医療の確保に関する法律により医療の給付を受けている者(以下「後期高齢者医療適用者」という。)以外の対象者にあつては、住民票の写し(満十八歳未満の対象者にあつては対象者及び扶養義務者(民法(明治二十九年法律第八十九号)に規定する扶養義務者をいう。以下同じ。))について、満十八歳以上の対象者にあつては対象者について記載のあるもの)

ホ 保険者が知事に所得区分に関する情報を提供することに同意する旨の書類

ヘ 対象者が第三条第二号ロからへまでに掲げる規定により医療に関する給付を受けている場合は、被保険者の申請日の属する年度(申請日の属する月が四月から七月までの場合にあつては、前年度)分の地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第三百二十八条の規定によって課する所得割を除く。以下この号において同じ。)課税年額を証明する書類又は申請日の属する年の前年(申請日の属する月が一月から七月までの場合にあつては、前々年)の所得税法(昭和四十年法律第三十三号)の規定による所得税課税年額を証明する書類、対象者が同号イの規定に基づく国民健康保険組合から医療に関する給付を受けている場合は、当該世帯の被保険者全員の申請日の属する年度(申請日の属する月が四月から七月までの場合にあつては、前年度)分の地方税法の規定による市町村民税課税年額を証明する書類。ただし、スモンに係る対象者

にあつては、本文に掲げる課税年額の情報提供に係る委任状をもって代えることができる。

二 別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者 次に掲げる書類

イ 難病医療費助成申請書兼同意書(東京都対象難病用)(別記第二号様式の三)

ロ 臨床調査個人票

ハ 個人番号に係る調書(東京都対象難病用)(別記第二号様式の四及び第二号様式の五)

ニ 人工呼吸器等装着者に係る診断書(別記第三号様式)(対象者が人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者であつて、第六条の規定による認定を受けた疾病(別表第一の第二類に掲げるものに限る。))により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されているもの(以下「人工呼吸器等装着者」という。))である場合に限る。)

ホ 対象者及び対象者と同一の世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し

ヘ 次に掲げる対象者の区分に応じ、当該区分に掲げる者の、申請日の属する年度(申請日の属する月が四月から六月までの場合にあっては前年度とする。以下この号へにおいて同じ。)分の地方税法の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。以下この号において同じ。)の課税年額を証明する書類

(イ) 対象者が第三条第二号ロからへまでの規定による被保険者である場合 当該対象者

(ロ) 対象者が第三条第二号イ又はトの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者及び当該対象者の生計を維持する者として次条で定めるもの(以下「認定基準世帯員」という。)

(ハ) 対象者が(イ)及び(ロ)のいずれにも該当しない者である場合 認定基準世帯員(当該認定基準世帯員が申請日の属する年度において市町村民税を課されない者(特別区又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において地方税法の施行地に住所を有しない者を除く。))である場合は、当該対象者及び当該対象者に係る認定基準世帯員)

ト 対象者に係る認定基準世帯員(ヌからヲまでに該当する場合にあつては対象者と生計を一にする者として次条で定めるもの(以下「医療費算定対象世帯員」という。))全員の資格確認書等の写し

チ 対象者に係る難病の患者に対する医療等に関する法律施行令(平成二十六年政令第三百五十八号)第一条第一項第五号に規定する公的年金等の収入金額、合計所得金額及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成二十六年厚生労働省

令第百二十一号)第八条に規定する給付の金額を証明する書類(当該対象者が市町村民税世帯非課税者(対象者及び認定基準世帯員が、申請日の属する年度(申請日が四月から六月までの場合にあつては、前年度)分の地方税法の規定による市町村民税を課されない者(特別区又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。)である場合に限る。)

リ 対象者が同一の月に受けた別表第一の第二類に掲げる疾病に係る医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例(これによることができないとき、及びこれによることを適当としないときは知事が別に定める算定方法)により算定した当該医療に要した費用の額が三万三千三百三十円を超えた月数が申請日の属する月以前の十二月以内に既に三月以上であること又はこれに準ずるものとして知事が別に定めるものであることを証明する書類として知事が別に定めるもの(当該対象者が当該規定に該当するとして申請を行う場合に限る。)

ヌ 医療費算定対象世帯員における他の難病認定患者(別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者であつて、第六条の規定により認定を受けた者をいう。以下同じ。)に係る第七条第二号に規定する医療券の写し(当該対象者が当該医療費算定対象世帯員において該当する者がいるとして申請を行う場合に限る。)

ル 対象者又は医療費算定対象世帯員における難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号。以下「難病法」という。)第七条第一項に規定する支給認定に係る同条第四項に規定する支給認定患者等(以下この号において「支給認定患者等」という。)に係る同項に規定する医療受給者証の写し(当該対象者が、当該対象者が支給認定患者等であり、又は当該医療費算定対象世帯員において該当する者がいるとして申請を行う場合に限る。)

ロ 対象者又は医療費算定対象世帯員における児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)第十九条の三第三項に規定する医療費支給認定に係る同法第六条の二第二項に規定する小児慢性特定疾病児童等(以下この号において「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。)に係る同法第十九条の三第七項に規定する医療受給者証の写し(当該対象者が、当該対象者が医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であり、又は当該医療費算定対象世帯員において該当する者がいるとして申請を行う場合に限る。)

三 別表第一の第三類及び第四類に掲げる疾病に係る対象者 次に掲げる書類

イ 難病医療費助成申請書兼同意書

ロ 別表第一の第三類に掲げる疾病に係る対象者にあつては、診断書(別記第四号様式)

ハ 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・肝がん・重度肝硬変用)

ニ 後期高齢者医療適用者以外の対象者にあつては、第一号ニに規定する住民票の写し

ホ 別表第一の第三類に掲げる疾病のうち第Ⅷ因子欠乏症、第Ⅸ因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症(以下「第Ⅷ因子欠乏症等」という。)並びに同表の第四類に掲げる疾病に係る対象者にあつては、医療保険各法及びこれらの法律に基づく命令の規定による特定疾病の療養が必要であることを確認できる書類(以下「特定疾病療養確認書類」という。)の写し

四 別表第三に掲げる疾病に係る対象者(以下「小児精神病患者」という。) 次に掲げる書類

イ 医療費助成申請書(別記第八号様式)

ロ 診断書(別記第八号様式の二)

ハ 対象者及び扶養義務者について記載のある住民票の写し

五 別表第五に掲げる疾病に係る対象者(以下「B型・C型ウイルス肝炎患者」という。)のうち第八号に該当する者以外の者 次に掲げる書類

イ B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書(別記第十号様式)

ロ B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書(別記第十一号様式)

ハ 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・肝がん・重度肝硬変用)

ニ 対象者及び対象者と同一の世帯に属する全ての者について記載のある住民票の写し

ホ 対象者及び対象者と同一の世帯に属する者のうち、申請日において満二十歳以上の者全員の、申請日の属する年度(申請日の属する月が四月から六月までの場合にあつては、前年度)分の市町村民税の課税額を証明する書類

六 別表第六に掲げる疾病に係る対象者(以下「B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者」という。) 次に掲げる書類

イ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療券交付申請書(別記第三十六号様式)

ロ 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る臨床調査個人票及び同意書(別記第三十七号様式)又は前住所地の道府県知事から交付を受けた第七条第七号又は第八号に規定する医療券に相当する証書

ハ 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・肝がん・重度肝硬変用)

ニ 住民票の写し

ホ 医療保険各法に基づき加入している医療保険(以下単に「医療保険」という。)の自己負担限度額の適用区分が記載された書類(以下「限度額適用区分確認書類」という。)の写し

ヘ 七十歳以上七十五歳未満の者にあつては、医療保険の一部負担金の割合が記載さ

れた書類の写し

ト 保険者が知事に所得区分に関する情報を提供することに同意する旨の書類

チ 対象者が第三条第二号イの規定により国民健康保険組合から医療に関する給付を受けている場合は、当該世帯の被保険者全員の申請日の属する年度(申請日の属する月が四月から七月までの場合にあっては、前年度)分の地方税法の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第三百二十八条の規定によって課する所得割を除く。)課税年額を証明する書類

リ B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者で、道府県知事から第七条第七号又は第八号に規定する医療券に相当する証書の交付を受け、当該証書の有効期間内に東京都の区域内に住所を有することとなったもの以外の対象者にあっては、別表第六対象者の欄第四号に該当することを証明できる当該対象者の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票(別記第四十号様式)の写し並びに肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療証明書(指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)(別記第四十号様式の二)の写し(都道府県が指定する医療機関(以下「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関」という。))以外で肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合に限る。)並びに領収書及び診療明細書その他の医療内容等を確認することができる書類(以下「医療記録票等」という。)

ヌ B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者で、B型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に係る第七条第六号に規定する医療券の交付を受けたものにあっては、別表第六対象者の欄に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受けようとする日の属する月以前の二十四月以内の自己負担額が記録されている別記第二十三号様式別紙(以下「肝炎治療自己負担限度額管理票」という。)の写し

ル B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者で、別表第六対象者の欄に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受けようとする日の属する月以前の二十四月以内に前住所地の道府県知事からB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に係る第七条第五号又は第六号に規定する医療券に相当する証書の交付を受けたものにあっては、当該期間の肝炎治療自己負担限度額管理票に相当する記録の写し

ヲ その他知事が必要と認める書類

七 別表第一の第一類に掲げる疾病に係る対象者で、道府県知事から第七条第一号に規定する医療券に相当する証書の交付を受け、当該証書の有効期間内に東京都の区域内に住所を有することとなったもの 次に掲げる書類

イ 難病医療費助成申請書兼同意書

ロ 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・肝がん・重度肝硬変用)

ハ 後期高齢者医療適用者以外の対象者にあつては、第一号ニに規定する住民票の写し

ニ 前住所地の道府県知事から交付を受けた第七条第一号に規定する医療券に相当する証書の写し

ホ その他知事が必要と認める書類

八 B型・C型ウイルス肝炎患者で、道府県知事から第七条第五号又は第六号に規定する医療券に相当する証書の交付を受け、当該証書の有効期間内に東京都の区域内に住所を有することとなったもの 次に掲げる書類

イ B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書

ロ 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・肝がん・重度肝硬変用)

ハ 前住所地における医療費助成に係る自己負担限度額が二万円の対象者(後期高齢者医療適用者を除く。)にあつては第一号ニに規定する住民票の写し、前住所地における医療費助成に係る自己負担限度額が二万円以外の対象者にあつては第二号ホに規定する住民票の写し

ニ 前住所地の道府県知事から交付を受けた第七条第五号又は第六号に規定する医療券に相当する証書の写し

ホ 前住所地における医療費助成に係る自己負担限度額が、二万円以外の場合にあつては、第五号ホに規定する市町村民税の課税額を証明する書類

ヘ その他知事が必要と認める書類

2 前項に掲げる書類については、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。以下「番号法」という。)第二十二条第一項(番号法第二十六条において準用する場合を含む。)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(番号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は添付を要しない。

(平一二規則三〇三・平一三規則一七四・平一四規則八七(平一四規則二〇二)・平一五規則一六・平一五規則一八〇・平一六規則一一七・平一七規則七九・平一八規則一一・平一八規則一八三・平一九規則一五八・平一九規則一六六・平二〇規則七六・平二一規則一〇七・平二一規則一四五・平二二規則三七・平二三規則五・平二六規則二〇〇・平二七規則三一・平二八規則一七八・平三〇規則七六・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・令二規則一三〇・令三規則二三四・令三規則二九六・令六規則一三六・令六規則一六八・令七規則一七・令七規則一三五・一部改正)

(認定基準世帯員等)

第五条の二 前条第一項第二号への認定基準世帯員は、次の各号に掲げる対象者の区分に応じ、当該各号に掲げる者とする。

一 対象者が第三条第二号ロからへまでの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者の加入している医療保険各法(第三条第二号イ及びトに掲げるものを除く。次項において同じ。)の規定による被保険者等(当該対象者以外の者であって、かつ、健康保険法に規定する被保険者(同法第三条第二項に規定する日雇特例被保険者を除く。)、船員保険法の規定による被保険者、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法に基づく共済組合の組合員、私立学校教職員共済法の規定による私立学校教職員共済制度の加入者又は健康保険法第二百二十六条の規定に基づき日雇特例被保険者手帳の交付を受けその手帳に健康保険印紙を貼り付けるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者をいう。)

二 対象者が第三条第二号イの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者の加入している国民健康保険の被保険者(当該対象者以外の者であって、かつ、当該対象者と同一の世帯に属する者に限る。)

三 対象者が第三条第二号トの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者の加入している後期高齢者医療の被保険者(当該対象者以外の者であって、かつ、当該対象者と同一の世帯に属する者に限る。)

2 前条第一項第二号トの医療費算定対象世帯員は、次の各号に掲げる対象者の区分に応じ、当該各号に掲げる者とする。

一 対象者が前項第一号に掲げる区分に該当する場合 認定基準世帯員及び当該対象者の加入している医療保険各法の規定による被保険者等の被扶養者

二 対象者が前項第二号又は第三号に掲げる区分に該当する場合 認定基準世帯員
(平二六規則二〇〇・追加、平二八規則一七八・平三〇規則七六・一部改正)

(認定)

第六条 知事は、第五条の規定による申請があつたときは、対象者の要件に該当するか否かを審査し、対象者であると認めるときは医療券を医療費の助成を受けられる者として交付し、対象者でないと認めるときは通知書(別記第十四号様式)を交付するものとする。

(平一二規則三〇三・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一六・平一五規則一八〇・平一六規則二〇五・平一七規則七九・平一八規則一一・平二六規則二〇〇・一部改正)

(医療券の種類)

第七条 前条の規定により交付する医療券は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式の医療券とする。

一 前条の規定により難病患者等(別表第一に掲げる疾病に係る対象者をいう。以下同じ。)として認められた者(以下「難病認定患者等」という。)のうち、別表第一の第一類及び第三類に掲げる疾病に係る対象者 別記第十七号様式

二 難病認定患者等のうち、別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者 別記第十八号様式

三 難病認定患者等のうち、人工透析を必要とする腎不全に係る対象者 別記第十九号様式

四 小児精神病患者と認められた者(以下「小児精神病認定患者」という。) 別記第二十一号様式

五 前条の規定によりB型・C型ウイルス肝炎患者と認められた者(以下「B型・C型ウイルス肝炎認定患者」という。)のうち、別表第五医療費助成の額の欄の表階層区分Hに区分される者 別記第二十二号様式

六 B型・C型ウイルス肝炎認定患者のうち、別表第五医療費助成の額の欄の表階層区分H以外に区分される者 別記第二十三号様式

七 前条の規定によりB型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者と認められた者(以下「B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者」という。)のうち、別表第六医療費助成の額の欄の表階層区分Hに区分される者 別記第三十八号様式

八 B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者のうち、別表第六医療費助成の額の欄の表階層区分Aに区分される者 別記第三十九号様式

(平一二規則三〇三・平一三規則二四五・平一四規則八七(平一四規則二〇二)・平一五規則一八〇・平一七規則七九・平一九規則一五八・平二〇規則七六・平二三規則五・平二六規則二〇〇・平三〇規則一三三・一部改正)

(医療費助成の期間)

第八条 医療費助成の期間は、次の表の上欄に掲げる対象者の区分に従い、当該中欄に掲げる日から当該下欄に掲げる日までとする。ただし、知事が必要と認めるときは、この限りでない。

対象者		助成開始日	助成期限
一	別表第一の第一類及び第四類に掲げる疾病に係る対象者	申請書を受理した日	申請書を受理した日以降の直近の九月三十日
二	別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者のうち、同表対象者の欄一に該当する者	医師が、対象者の病状の程度が知事が別に定める基準を満たす程度であると診断した日、又は当該医療費助成の申請のあった日の一月前(医師が診断書の作成に期間を要したこと	申請書を受理した日以降の直近の七月三十一日

		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)の日のいずれか遅い日	
	別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者のうち、同表対象者の欄二に該当する者	別表第一の対象者の二に掲げる基準に該当することとなった日の翌日、又は当該医療費助成の申請のあった日の一月前(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)の日のいずれか遅い日	
三	別表第一の第三類に掲げる疾病に係る対象者	申請書を受理した日	申請書を受理した日の属する年度の三月三十一日
四	削除		
五	別表第三に掲げる疾病に係る対象者	申請書を受理した日の属する月の初日	助成開始日から起算して一年を経過する日。ただし、起算日から一年以内に満十八歳(別表第三の対象者欄に規定する対象年齢延長の扱いを受けている者にあつては、満二十歳)に達する者にあつては、誕生月の末日とする。
六	別表第五に掲げる疾病のう	申請書を受理した日の	助成開始日から起算し

	ち、B型ウイルス肝炎若しくはC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病又はB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に係る対象者	属する月の初日	て一年を経過する日
七	別表第五に掲げる疾病のうち、C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病に係る対象者	申請書を受理した日の属する月の初日	助成開始日から起算して七月を経過する日
八	別表第六に掲げる疾病に係る対象者	申請書を受理した日の属する月の初日	助成開始日から起算して一年を経過する日

- 2 前項の表一の項の規定に該当する場合で、助成開始日から助成期限までの期間が三月以内であるときは、同表助成期限の欄の規定にかかわらず、当該申請に係る助成期限を、申請書を受理した日から一年を経過した日以降の直近の九月三十日とすることができる。
- 3 第一項の表二の項の規定に該当する場合で、助成開始日から助成期限までの期間が六月以内であるときは、同表助成期限の欄の規定にかかわらず、当該申請に係る助成期限を、申請書を受理した日から一年を経過した日以降の直近の七月三十一日とすることができる。
- 4 第一項の表二の項の規定に該当する場合(前項の規定に該当する場合を含む。)で、同項(前項の規定に該当する場合は前項)に規定する助成期限内において第十二条の二第三項の規定による変更の認定を受けたときは、同表助成期限の欄の規定にかかわらず、当該認定に係る助成期限を変更前の認定に係る助成期限とする。
- 5 第一項の表三の項の規定に該当する場合で、助成開始日から助成期限までの期間が三月以内であるときは、同表助成期限の欄の規定にかかわらず、当該申請に係る助成期限を、申請書を受理した日から一年を経過した日以降の直近の三月三十一日とすることができる。
- 6 第一項の規定にかかわらず、第五条第一項第七号に規定する者に係る助成開始日は、東京都の区域内に住所を有することとなった日とすることができる。
- 7 第一項の規定にかかわらず、第五条第一項第八号に規定する者に係る助成開始日は、東京都の区域内に住所を有することとなった日とし、また、その助成期限は、同号ニに規定する医療券に相当する証書の写しに記載されている有効期間の満了日までとする。
- 8 第一項の規定にかかわらず、B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変患者で、道府県知

事から第七条第七号又は第八号に規定する医療券に相当する証書の交付を受け、当該証書の有効期間内に東京都の区域内に住所を有することとなったものに係る助成開始日は、東京都の区域内に住所を有することとなった日とし、また、その助成期限は、前住所地の道府県知事から交付を受けた第七条第七号又は第八号に規定する医療券に相当する証書に記載されている有効期間の満了日までとする。

(平一二規則三〇三・平一二規則三八〇・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一六・平一五規則一八〇・平一七規則七九・平一八規則一一・平一八規則一八三・平一八規則一八五・平一九規則一五八・平二〇規則七六・平二一規則一四五・平二三規則五・平二六規則一六六・平二六規則二〇〇・平二八規則一七八・平三〇規則七六・平三〇規則一三三・令五規則一三四・一部改正)

(提示)

第九条 認定患者(難病認定患者等のうち、第Ⅷ因子欠乏症等又は人工透析を必要とする腎不全に係る対象者及びB型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者を除く。)が認定に係る疾病について、保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーション並びに指定訪問看護事業所、指定訪問リハビリテーション事業所及び指定居宅療養管理指導事業所(指定訪問看護(介護保険法第四十一条第一項に規定する指定居宅サービスに該当する訪問看護をいう。)を行う者が運営するものに限る。)並びに指定介護予防訪問看護事業所、指定介護予防訪問リハビリテーション事業所及び指定介護予防居宅療養管理指導事業所(指定介護予防訪問看護(介護保険法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービスに該当する介護予防訪問看護をいう。)を行う者が運営するものに限る。)又は介護医療院(以下これらを総称して「医療機関等」という。)で医療若しくは投薬又は介護(以下「医療等」という。)を受けようとするときは、医療券を提示するものとする。

2 難病認定患者等のうち、第Ⅷ因子欠乏症等又は人工透析を必要とする腎不全に係る対象者が、認定に係る疾病について医療機関等で医療等を受けようとするときは、医療券及び特定疾病療養確認書類を提示するものとする。

3 B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者が、認定に係る疾病について保険医療機関(健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関をいう。以下同じ。)又は保険薬局(同号に規定する保険薬局をいう。以下同じ。)を受診等するときは、医療券、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票並びに肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療証明書並びに領収書及び診療明細書その他の医療内容等を確認することができる書類並びに限度額適用区分確認書類を提示するものとする。

4 前三項に掲げる書類については、番号法第二十二条第一項(番号法第二十六条において準用する場合を含む。)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の確認ができる場合は提示を要しない。

(平一二規則三〇三・平一三規則二四五・平一五規則一六・平一五規則一八〇・平一八規則一一・平一八規則一八三・平一九規則一六六・平二〇規則七六・平二三

規則五・平二六規則二〇〇・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・令二規則一三〇・令三規則二九六・令六規則三八・令六規則一六八・令七規則一三五・一部改正)

(更新申請)

第十条 別表第五に掲げる疾病(B型ウイルス肝炎又はC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病及びC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病に限る。)以外の疾病で、助成の期間の終了後も引き続き医療費助成を受けようとする者は、第五条の規定により申請しなければならない。この場合において、知事に提出すべき申請書等のうち、次の表の上欄に掲げるもの(別表第一の第二類に掲げる疾病にあつては前年度分の地方税法の規定による市町村民税課税年額を証明する書類を、別表第五に掲げるB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病にあつてはB型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書以外の書類を除く。)は、当該下欄に掲げるものに代えて提出するものとする。

難病医療費助成申請書兼同意書	難病医療費助成申請書(更新)兼同意書(別記第二十四号様式)
難病医療費助成申請書兼同意書(東京都対象難病用)	難病医療費助成申請書(更新)兼同意書(別記第二十四号様式の二)
臨床調査個人票	臨床調査個人票(更新)(別記第二十五号様式)
前年度分の地方税法の規定による市町村民税が課されていない者であることを証明する書類	申請日の属する年度分の地方税法の規定による市町村民税が課されていない者であることを証明する書類
前々年の所得税法の規定による所得税課税年額を証明する書類	前年の所得税法の規定による所得税課税年額を証明する書類
前年度分の地方税法の規定による市町村民税課税年額を証明する書類	申請日の属する年度分の地方税法の規定による市町村民税課税年額を証明する書類
住民票の写し	住所を確認することができる書類
B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書	B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書又はB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に係る第六条の医療券の直近の交付日以降の当該治療に係る検査内容が分かる書類で申請者の氏名が記

	載されているもの(以下「検査内容が分かる書類等」という。)及び治療内容が分かる書類で申請者の氏名並びに当該治療を行った医師の氏名及び医療機関の名称が記載されているもの。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。
別表第六対象者の欄第四号に該当することを証明できる医療記録票等	医療券に記載されている有効期間の満了日の属する月の翌月以前の二十四月以内に、保険医療機関又は保険薬局において別表第六対象者の欄に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を既に一月以上受けていることを証明できる医療記録票等

- 2 前項の規定にかかわらず、知事がやむを得ない事情があると認めるときは、同項の表の上欄に掲げる書類を提出して申請することができる。
- 3 第一項の規定にかかわらず、第五条第一項第一号又は第六号に規定する者については、保険者が知事に所得区分に関する情報を提供することに同意する旨の書類の提出を省略する(加入する保険に変更がある場合を除く。)。
- 4 第一項に規定する者が、第十二条の二第二項第二号に規定する高額難病治療継続者に該当する場合は、第一項に規定する書類に加えて、同号に掲げる書類を提出するものとする。
- 5 第一項の規定による申請については、第五条第二項の規定を準用する。

(平一三規則一七四・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平一六規則一一七・平一六規則二〇五・平一七規則七九・平一八規則一一・平一九規則一五八・平二一規則一〇七・平二二規則三七・平二六規則一六六・平二六規則二〇〇・平三〇規則七六・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・令二規則一三〇・令三規則二三四・令三規則二九六・令五規則一三四・令六規則一三六・一部改正)

(医療券の再交付)

第十一条 認定患者は、医療券を破り、汚し、又は失ったときは、医療券再交付申請書(別記第二十八号様式)を提出して、知事に再交付を申請することができる。ただし、知事が

認めた場合は、この限りでない。

- 2 知事は、前項の申請があった場合、申請内容等を審査し、適当と認めたときは、医療券を再交付するものとする。

(平一二規則三〇三・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平一七規則七九・平一八規則一一・平二六規則二〇〇・一部改正)

(医療券の返還)

第十二条 医療券の交付を受けた者(以下「被交付者」という。)は、東京都の区域外への転出(別表第六に掲げる疾病に係る被交付者を除く。)、死亡、疾病の治癒その他の事由により資格を喪失した場合又は医療券に記載されている有効期間を過ぎた場合は、当該医療券を速やかに知事に返還しなければならない。

- 2 第七条第七号又は第八号に規定する医療券の被交付者が、医療券に記載されている有効期間内に認定の取消しを求める場合は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書(別記第四十一号様式)に当該医療券を添えて知事に提出しなければならない。
- 3 知事は、前項の申請があった場合、申請内容等を審査し、適当と認めたときは、被交付者に対し肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書(別記第四十二号様式)を交付するものとする。この場合において、当該医療券は、前項の申請書を受理した日の属する月の末日まで有効とする。
- 4 知事は、第七条第七号又は第八号に規定する医療券の被交付者が、別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しないことが明らかになったときは、第六条の規定による認定を取り消し、医療券の返還を求めることができるものとする。
- 5 知事は、前項の規定により認定を取り消したときは、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業認定取消決定通知書(別記第四十四号様式)により通知するものとする。この場合において、当該医療券は、被交付者が、別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しなくなった日の前日まで有効とする。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

(平一五規則一八〇・平一八規則一一・平二三規則五・平二六規則二〇〇・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・一部改正)

(認定内容の変更申請)

第十二条の二 難病認定患者は、次項各号に掲げる事項に該当した場合は、知事に第六条の規定による認定内容の変更を申請することができる。

- 2 前項の申請は、難病医療費助成変更申請書(別記第二十九号様式)に次の各号に掲げる変更の区分に応じ、当該各号に掲げる書類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。
 - 一 当該認定に係る医療費助成の期間内において当該認定に係る疾病以外の疾病(別表第一の第二類に掲げるものに限る。以下「追加疾病」という。)について認定を受けようとする場合 当該追加疾病に係る臨床調査個人票

二 同一の月に受けた疾病(別表第一の第二類に掲げるものに限る。)に係る医療(当該疾病に係る第六条の規定による認定を受けたものに限る。)及び小児慢性特定疾病(児童福祉法第六条の二第一項に規定する小児慢性特定疾病をいう。以下同じ。)に係る小児慢性特定疾病医療支援(同法第六条の二第三項に規定する小児慢性特定疾病医療支援をいい、別表第一の第二類に掲げる疾病に係る第六条の規定による認定を受けた日の属する月以前のものに限る。)に要した費用の額につき別表第一の規定により算定した額が五万円を超えた月数が申請を行った日の属する月以前の十二月以内に既に六月以上ある者(以下「高額難病治療継続者」という。)となった場合 高額難病治療継続者に該当することを証明する書類として知事が別に定めるもの

三 人工呼吸器等装着者となった場合 人工呼吸器等装着者に係る診断書

四 第五条第一項第二号ヌからヲまでに掲げる事項に該当した場合 同号ト及びヌからヲまでに掲げる書類(当該変更に係るものに限る。)

五 別表第一の二に規定する階層区分に変更が生じた場合 第五条第一項第二号ハ、ヘ及びチに掲げる書類

3 前二項の規定による申請については、第五条第二項の規定を準用する。

4 知事は、前三項の規定による申請があったときは、その内容を審査し、認定内容を変更する必要があると認めるときは、当該認定内容の変更の認定を行うことができる。

(平二六規則二〇〇・追加、平二八規則一七八・平三〇規則七六・令五規則二・一部改正)

(受給要件等の変更届)

第十三条 被交付者は、次の表の中欄に掲げる事由が生じた場合は、当該下欄に掲げる書類を添付して、別表第一の第二類に掲げる疾病に係る被交付者以外の被交付者にあつては変更届(別記第三十号様式)により、同表の第二類に掲げる疾病に係る被交付者にあつては変更届(別記第三十一号様式)により、速やかに知事に届け出なければならない。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

一	認定患者(当該認定患者が十八歳未満の場合にあつては、主たる扶養義務者を含む。)の氏名又は住所に変更があった場合	対象疾病に応じて第五条第一項各号の規定により申請した場合における同項各号の区分に応じて添付すべき住民票(後期高齢者医療適用者にあつては、資格確認書等)の写し
二	認定患者の資格確認書等又は特定疾病療養確認書類に交付者が記載する事項に変更があった場合	変更後の資格確認書等、保険者が知事に所得区分に関する情報を提供することに同意する旨の書類(第五条第一項第一号又は第六号の規定による申請をした者に限る。)、第五条第一項

		第一号へ又は第六号チに掲げる書類 (同号の規定による申請をした者に限 る。)並びに第五条第一項第二号へか らチまでに掲げる書類(同号の規定に よる申請をした者に限る。)又は特定 疾病療養確認書類の写し
二の 二	認定基準世帯員の構成に変更があっ た場合	第五条第一項第二号へからチまでに 掲げる書類
三	B・C型肝炎ウイルス認定患者で、別 表第五医療費助成の額の欄の表階層 区分に変更があった場合	第五条第一項第五号ニ及びホに掲げ る書類
四	B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬 変認定患者で、別表第六医療費助成の 額の欄の表の階層区分に変更があっ た場合	第五条第一項第六号ホに掲げる書類

2 前項の被交付者が、別表第一に掲げる疾病(同表の第二類に掲げる疾病を除く。)に係る被交付者であり、かつ、前項の表一の項に該当する場合にあっては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・肝がん・重度肝硬変用)を、別表第一の第二類に掲げる疾病に係る被交付者である場合にあっては個人番号に係る調書(東京都対象難病用)を、前項の届出とともに提出しなければならない。

3 前二項の規定による届出については、第五条第二項の規定を準用する。

(平一五規則一八〇・全改、平一六規則二〇五・平一七規則七九・平一八規則一一・平一九規則一五八・平一九規則一六六・平二〇規則七六・平二一規則一〇七・平二六規則二〇〇・平二八規則一七八・平三〇規則七六・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・令六規則一六八・令七規則一三五・一部改正)

(受給内容等の変更に伴う医療券の交付)

第十三条の二 知事は、第十二条の二の規定による認定を行ったとき又は前条の表二の二の項、三の項若しくは四の項の規定による届出があった場合において届出内容を審査し、適当と認めたときは、既に交付した医療券に代えて第七条各号に掲げる区分に応じた医療券を交付するものとする。

2 前二条の規定による申請又は届出について、第十二条の二第四項又は前項の規定により認定を受け、又は適当と認められた者に対する当該変更に基づく医療費助成の額については、当該申請又は届出を受理した日の属する月の翌月の初日(月の初日に受理した場合にあっては、当該日)から適用するものとする。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

(平一四規則八七・追加、平一五規則一八〇・平二〇規則七六・平二六規則二〇〇・

平三〇規則七六・平三〇規則一三三・一部改正)

(医療費助成対象者証明書の交付)

第十四条 知事は、第十一条第一項の規定により医療券再交付申請書を受理したとき、第十二条第三項の規定により肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書を受理したとき、第十二条の二の規定により難病医療費助成変更申請書を受理したとき、又は第十三条の規定により変更届を受理したときで医療券の記載事項に変更があったときは、東京都医療費助成対象者証明書(別記第三十二号様式)を交付するものとする。

(平一二規則三〇三・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平二六規則二〇〇・平三〇規則一三三・一部改正)

(医療費助成の方法)

第十五条 医療費助成は、東京都と契約を締結した医療機関等及び東京都が開設する医療機関(以下これらを「契約医療機関等」という。))に対して助成額を支払うことにより行うものとする。

2 前項の規定にかかわらず、別表第六疾病の範囲の欄に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費助成は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関に対して助成額を支払うことにより行うものとし、同欄に規定する高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療に係る医療費助成は、B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者に対して助成額を支払うことにより行うものとする。

3 前二項の規定にかかわらず、知事が必要であると認める場合には、認定患者に支払うことにより医療費助成を行うものとする。

(平一二規則三〇三・平一二規則三八〇・平三〇規則一三三(平三〇規則一四六)・令三規則二九六・令四規則一六三・一部改正)

(医療費等の請求)

第十六条 契約医療機関等及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関は、認定患者の医療等を行ったときは、知事に医療費等の請求をするものとする。

2 前条第三項の規定により認定患者が医療費等の支払を受けようとするときは、知事が別に定める場合を除き、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める申請書により知事に請求するものとする。

一 第七条第一号に規定する医療券の被交付者 医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第三十三号様式)

二 第七条第二号に規定する医療券の被交付者(医療又は投薬に係る医療費等の支払を受けようとする場合に限る。) 医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第三十四号様式)

二の二 第七条第一号及び第二号に規定する医療券の被交付者(介護に係る医療費等の支払を受けようとする場合に限る。) 介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書(別記

第三十四号様式の二)

三 第七条第三号から第六号までに規定する医療券の被交付者 医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第三十五号様式)

四 第七条第七号及び第八号に規定する医療券の被交付者 医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第四十三号様式)

3 前項第四号の規定により医療費を請求する場合は、申請書に次に掲げる書類を添付するものとする。ただし、知事が認めた場合は、この限りでない。

一 請求に係る医療費が確認できる領収書等

二 医療費を請求する月の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票の写し

三 請求に係る医療費が、別表第六に掲げる疾病の範囲に該当するものであることを証明することができる医療記録票等

(平一二規則三〇三・平一二規則三八〇・平一三規則二四五・平一四規則八七・平一五規則一八〇・平一六規則二〇五・平一七規則七九・平一八規則一一・平一八規則二一四・平二三規則五・平二六規則二〇〇・平三〇規則七六・平三〇規則一三三・令二規則一三〇・令三規則二九六・令四規則一六三・一部改正)

(支払)

第十七条 知事は、前条の規定による請求があった場合には、その内容を審査し、適当と認めたときは、契約医療機関等、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関又は認定患者にその旨を通知し、支払うものとする。

(平一三規則二四五・平一八規則一一・平三〇規則一三三・令四規則一六三・一部改正)

(実施細目)

第十八条 知事は、この規則に定めるもののほか、医療費助成の実施に関して必要な細目を定めることができる。

(平一六規則二六五・旧第十九条繰上)

附 則

1 この規則は、平成十二年四月一日から施行する。

2 この規則の施行の際に、別表第一から別表第三までのそれぞれの疾病名の欄及び疾病の範囲の欄に掲げる疾病にり患している者に対し現に知事が定めるところにより行っている医療費及び文書料の助成に関し、当該疾病にり患した者、医療機関その他の者が行う申請その他の行為及び知事が行う認定、医療券等の交付その他の行為は、この規則に基づきなされたものとみなす。

3 第八条第一項及び第三項の規定にかかわらず、平成十四年四月一日から同年九月三十日までの間に、別表第一に掲げる疾病のうち慢性肝炎又は肝硬変・ヘパトームのり患により医療費助成の対象者として認定を受けた者に対する医療費助成の助成期限は、同日までとする。

(平一四規則八七・追加)

- 4 第八条第一項の規定にかかわらず、平成二十六年六月三十日において第六条第一項の規定により医療費助成の対象者(第八条第一項の表二の項又は四の項に掲げる対象者(別表第一の第一類に掲げる疾病のうち、スモンに係る対象者及び同表の第四類に掲げる疾病に係る対象者を除く。))に限る。以下同じ。))として認定を受けている者及び同日までに第五条第一項の規定により申請を行い、医療費助成の対象者として認定を受けた者に係る医療費助成の助成期限は、平成二十六年十二月三十一日とする。この場合においては、当該認定に係る第十条第一項及び第三項に規定する更新の申請を要しないものとする。

(平二六規則九九・追加)

- 5 第八条第一項及び第二項の規定にかかわらず、平成二十六年七月一日から同年十二月三十一日までの間に第五条第一項の規定により申請を行い、医療費助成の対象者として認定を受けた者に係る医療費助成の助成期限は、同日とする。

(平二六規則九九・追加)

- 6 平成二十六年十二月三十一日までに、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(平成二十六年東京都規則第二百号。以下「二十六年改正規則」という。)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(以下「旧規則」という。))別表第一の第一類に掲げる疾病に係る対象者(劇症肝炎、重症急性性肺炎^{すい}及び重症多形^{しん}滲出性紅斑(急性期)に係る対象者に限る。))で、道府県知事から旧規則第七条第二号に規定する医療券に相当する証書の交付を受け、当該証書の有効期間内に東京都の区域内に住所を有することとなったものに係る医療費助成の申請については、旧規則第五条第六号の規定の例による。この場合において、当該者が医療費助成の認定を受けたときは、二十六年改正規則附則第三項に規定する者とみなして、同項の規定を適用する。

(平二七規則三一・追加)

附 則(平成一二年規則第三〇三号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成十二年九月一日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、次項及び附則第四項の規定は、公布の日から施行する。
- 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(以下この項において「改正後の規則」という。))第五条第一項の規定による申請書等の受理、改正後の規則第六条第一項の規定による通院医療費助成患者票の交付は、施行日前においても行うことができる。

(特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正等)

- 3 特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年東京都規則第百五十二号)の一部を次のように改正す

る。

〔次のよう〕略

- 4 前項の規定による改正後の特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則(以下この項において「改正後の規則」という。)第二条の表三十五の項イ及びロの規定による申請書等の受理、改正後の規則第二条の表三十五の項ハの規定による通院医療費助成患者票の交付は、施行日前においても行うことができる。

附 則(平成一二年規則第三八〇号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、別記第一号様式、第二号様式及び第十八号様式の改正規定は、平成十三年一月六日から施行する。

(経過措置)

- 2 別表第一に掲げる疾病にり患している者(同表第一類に掲げる疾病のうち劇症肝炎又は重症急性^{すい}膵炎にり患している者を除く。)に係る医療費助成のうち、平成十二年十一月一日から同年十二月三十一日までの間に助成開始日となるものについては、その医療費に係る助成期限を平成十四年三月三十一日とする。
- 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別記第一号様式、第二号様式及び第十八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。

附 則(平成一三年規則第一七四号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、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「新規則」という。)は、平成十三年五月一日から適用する。
- 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(以下「旧規則」という。)別記第四号様式による用紙で、現に残存するものは、新規則別記第四号様式による用紙とみなし、なお使用することができる。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第二十七号様式、第二十八号様式及び第三十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。

附 則(平成一三年規則第二四五号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十四年四月一日から施行する。ただし、別記第十二号様式から第十四号様式の二までの改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 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(以下「旧規則」という。)別記第一号様式から第三号様式まで、第四号様式から第八号様式まで、第九号様式から第十一号様式まで、第十八号様式、第二十号様

式、第二十一号様式及び第二十二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。

- 3 別記第十二号様式から第十四号様式の二までの改正規定の施行の際、旧規則別記第十二号様式から第十四号様式の二までによる用紙で、現に残存するものは、平成十四年三月三十一日までの間、なお使用することができる。

(特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正)

- 4 特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年東京都規則第百五十二号)の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

附 則(平成一四年規則第八七号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十四年十月一日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、第十八条の改正規定、附則の改正規定、別記第三号様式の二、第八号様式の二、第十二号様式から第十四号様式の二まで、第二十号様式の二及び第二十一号様式の二の改正規定並びに附則第五項から第七項までの規定は同年四月一日から、第五条第二項及び第七条第一号の改正規定、別表第一の改正規定(同表第二類の項の改正規定を除く。)並びに附則第四項の規定は同年六月一日から施行する。

(平一四規則二〇二・一部改正)

(経過措置)

- 2 施行日の前日に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(以下「旧規則」という。)別表第一に掲げる疾病のうち慢性肝炎又は肝硬変・へパトームのり患により医療費の助成を受けていた者(以下「認定患者」という。)であって、この規則の施行の際に市町村民税非課税世帯(認定患者及び認定患者と同一の世帯に属する者(認定患者の扶養義務者(民法(明治二十九年法律第八十九号)に定める扶養義務者をいう。))が認定患者と同一の世帯に属しない場合には、当該扶養義務者を含む。))全員が認定患者に係る医療費助成の助成期間の末日の属する年度分の地方税法(昭和二十五年法律第二百二十六号)に基づく市町村民税(同法の特別区民税を含むものとし、同法第三百二十八条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。))が課されていない者(特別区又は市町村の条例の定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含む。))である世帯をいう。以下同じ。))に属する者(以下「非課税世帯患者」という。))については、当該疾病に係る医療費助成に関する限りにおいて、施行日から起算して三年を経過する日(旧規則第十条の規定による医療費助成の更新申請の際に非課税世帯患者の属する世帯が市町村民税非課税世帯ではなくなったときはその日)又は旧規則第十二条の規定により医療券の返還をした日のいずれか早い日までの間は、旧規則の規定は、な

おその効力を有する。

- 3 前項の非課税世帯患者が同項の規定によりなお効力を有することとされる旧規則第十条の規定に基づき医療費助成の更新申請をするときの申請書及び添付書類は、旧規則第五条及び第十条の規定にかかわらず、知事が別に定める。
- 4 平成十四年五月三十一日現在において、附則第一項ただし書の規定(同年六月一日から施行する部分に限る。)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規定により次の表の上欄に掲げる疾病にり患して医療費助成の対象となっている者は、同表の下欄に掲げる疾病にり患して医療費助成の対象となっている者とみなして、同項ただし書の規定(同日から施行する部分に限る。)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の規定を適用する。ただし、医療券の使用については、平成十五年三月三十一日までに限るものとする。

ハンチントン舞踏病	ハンチントン病
ウィリス輪閉塞症 ^{そく}	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症 ^{そく})
クロイツフェルト・ヤコブ病	プリオン病
ファブリー病	ライソゾーム病(ファブリー病含む。)
ライソゾーム病	

(平一四規則二〇二・追加)

- 5 附則第一項ただし書の改正規定(平成十四年四月一日から施行する部分に限る。)の施行の際、同項ただし書の規定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(以下「改正前規則」という。)別記第八号様式の二による通院医療費助成患者票及び改正前規則別記第十二号様式から第十四号様式の二までによる医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ附則第一項ただし書の規定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別記第八号様式の二による通院医療費助成患者票及び同規則別記第十二号様式から第十四号様式の二までによる医療券とみなす。

(平一四規則二〇二・旧第四項繰下・一部改正)

- 6 附則第一項ただし書の改正規定(平成十四年四月一日から施行する部分に限る。)の施行の際、改正前規則別記第三号様式の二、第二十号様式の二及び第二十一号様式の二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。

(平一四規則二〇二・旧第五項繰下・一部改正)

(医療費助成の事前申請等)

- 7 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「新規則」という。)第五条第一項の規定による申請書等の受理及び新規則第六条第一項の規定による医療券の交付は、施行日前においても行うことができる。

(平一四規則二〇二・旧第六項繰下)

附 則(平成一四年規則第二〇二号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成一四年規則第二三六号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十四年十月一日から施行する。ただし、附則第四項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 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(以下「旧規則」という。)別記第十二号様式から第十三号様式の二までによる医療券で、現に効力を有するものは、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「新規則」という。)別記第十二号様式から第十三号様式の二までによる医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式、第三号様式の三及び第二十一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。

(医療費助成の事前申請等)

- 4 新規則別表第五に掲げる対象者に係る第五条第一項の規定による申請書等の受理及び第六条第一項の規定による医療券の交付は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則(平成一四年規則第二四五号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十四年十月一日から施行する。

(経過措置)

- 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(以下「旧規則」という。)別記第十五号様式による医療券で、現に効力を有するものは、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別記第十五号様式による医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第三号様式の三及び第二十一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。

附 則(平成一五年規則第一六号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成十五年四月一日から施行する。ただし、第八条第一項の表別表第一に掲げる疾病にり患している者の項助成期限の欄の改正規定(第四類への適用の場合を除く。)並びに次項及び附則第七項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 この規則(前項ただし書に規定する改正規定に限る。)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の規定は、別表第一の第一類に掲げる疾病(劇症肝炎又は重症急性^{すい}膵炎を除く。)及び同表の第二類に掲げる疾病にり患している者のうち平成十五年一月一日以降に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(以下「旧規則」という。)第五条第一項の規定による申請をし受理された者については、同日から適用する。

(経過措置)

- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第十二号様式及び第十三号様式の二による医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ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「新規則」という。)別記第十二号様式及び第十三号様式の二による医療券(以下「新医療券」という。)とみなす。
- 4 前項の規定により新医療券とみなされる旧規則第十三号様式の二による医療券の交付を受けている認定患者のうち、特定疾病療養受療証の交付を受けていない者については、平成十六年三月三十一日までの間は、新規則第九条第二項及び別表第一対象者の欄(2)の規定は適用しない。
- 5 この規則の施行の際、現に旧規則別表第五に掲げる疾病にり患して医療費助成を受けている者に係る医療費助成の助成期限については、なお従前の例による。
- 6 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式及び第三号様式の三から第五号様式までによる用紙で、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。

(医療券の事前交付等)

- 7 新医療券に係る申請書等の受理及び医療券の交付は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則(平成一五年規則第一八〇号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十五年十月一日から施行する。ただし、附則第四項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日の前日に、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(平成十四年東京都規則第八十七号。以下「旧改正規則」という。)附則第二項の規定の適用を受けていた者に係る旧改正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(以下「旧改正規則による改正前の規則」という。)別表第一医療費助成の額の欄四(1)及び(2)に掲げる入院の一部負担額及び入院以外の一部負担額については、同項の規定にかかわらず、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「新規則」という。)別表第一医療費助成の額の欄四の規定を適用し、旧改正規則による改正前の規則第八条第一項の表に規定する助成期限については、同表の規定にかかわらず、知事が別に定めるところによる。
- 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別記第一号様式、第七号様式の三、第十七号様式から第二十三号様式まで及び第二十五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。

- 4 新規則第五条第一項の規定による申請書等の受理、旧規則第六条第一項の規定による医療券(有効期限が平成十五年九月三十日のものに限る。)の交付と併せて行う場合の新規則第六条第一項の規定による医療券(有効期間が同年十月一日から平成十六年九月三十日までのものに限る。)の交付並びに助成の期間の終了後も引き続き医療費助成を受けようとする者からの申請(新規則第六条第一項の規定による医療券(以下「新医療券」という。)に係るものに限る。)による新医療券の交付及び新規則第六条第二項の規定による特定疾患登録者証の交付は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則(平成一六年規則第一一七号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、別記第十五号様式、第十七号様式から第二十号様式まで、第二十二号様式及び第二十三号様式の改正規定は、平成十六年八月一日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則(前項ただし書に規定する改正規定に限る。以下この項において同じ。)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別記第十五号様式による特定疾患登録者証並びに別記第十七号様式から第二十号様式まで、第二十二号様式及び第二十三号様式による医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ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別記第十五号様式による特定疾患登録者証並びに別記第十七号様式から第二十号様式まで、第二十二号様式及び第二十三号様式による医療券とみなす。
- 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別記第二号様式及び第二十五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。

附 則(平成一六年規則第二〇五号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第十三条及び別記第三十号様式の改正規定は平成十六年八月一日から、別表第一疾病名の欄の改正規定は同年十月一日から施行する。

(経過措置)

- 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別記第二号様式、第二十五号様式及び第三十二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。
- 3 第一項ただし書の規定(別記第三十号様式に係るものに限る。以下同じ。)の施行の際、同項ただし書の規定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同様式による用紙で、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。

附 則(平成一六年規則第二六五号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十六年十月一日から施行する。

(経過措置)

- 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(以下「旧規則」という。)別記第十五号様式による特定疾患登録者証及び別記第十七号様式から第二十三号様式までによる医療券で、現に効力を有するものは、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別記第十五号様式による特定疾患登録者証及び別記第十七号様式から第二十三号様式までによる医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第一号様式、第二十四号様式及び第三十三号様式から第三十五号様式まで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。

附 則(平成一七年規則第七九号)

この規則は、平成十七年四月一日から施行する。

附 則(平成一七年規則第一六四号)

- 1 この規則は、平成十七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東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別記第三十三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。

附 則(平成一八年規則第一一号)

- 1 この規則は、平成十八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「改正前の規則」という。)第六条の規定により認定を受けている者に対する、この規則の施行の日に行われた療養に係る改正前の規則の規定による医療費の助成は、なお従前の例による。

附 則(平成一八年規則第一三二号)

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。

附 則(平成一八年規則第一八三号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、第九条の改正規定、別表第一の改正規定及び別表第一の二の改正規定については、平成十八年四月一日から適用する。
- 2 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別記第十七号様式及び第十八号様式による医療券で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、それぞれ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別記第十七号様式及び第十八号様式による医療券とみなす。

附 則(平成一八年規則第一八五号)

- 1 この規則は、平成十八年十月一日から施行する。
- 2 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別記第十七号様式による医療券で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、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。)別記第十七号様式による医療券とみなす。
- 3 改正後の規則別記第十九号様式による医療券に係る申請書等の受理及び医療券の交付は、この規則の施行の日前においても行うことができる。

附 則(平成一八年規則第二一四号)

- 1 この規則は、平成十八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「旧規則」という。)別記第十九号様式及び第二十一号様式から第二十三号様式までによる医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ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別記第十九号様式及び第二十一号様式から第二十三号様式までによる医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第十号様式及び第三十三号様式から第三十五号様式までによる用紙で、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。

附 則(平成一九年規則第一八号)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成十八年十月一日(以下「適用日」という。)から適用する。
- 2 適用日において、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(以下「改正前の規則」という。)第六条の規定により認定を受けている者に対する、適用日前に行われた療養に係る改正前の規則の規定による医療費の助成は、なお従前の例による。

附 則(平成一九年規則第一五八号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成十九年十月一日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、附則第七項の規定は、同年九月一日から施行する。

(経過措置)

- 2 施行日の前日において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(以下「旧規則」という。)第四条の認定患者(旧規則別表第五に掲げる疾病に係るものに限る。)であったもの(施行日の前日において旧規則第五条第一項の申請を行った者を含む。以下「認定患者」という。)に対する医療費の助成(当該疾病に係るものに限る。)に係る旧規則の規定は、施行日から起算して三年を経過する日までの間は、なおその効力を有する。
- 3 認定患者のうち、旧規則第十二条による医療券等の返還(旧規則第十条の規定により旧規則第五条第一項の申請をした場合における返還を除く。)をした者については、前項の

規定中「施行日から起算して三年を経過する日」とあるのは、資格を喪失した場合にあっては「資格を喪失した日」と、医療券等に記載されている有効期間を過ぎた場合にあっては「医療券等に記載されている有効期間の満了日」とする。

- 4 認定患者のうち、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「新規則」という。)別表第五に掲げる対象者の要件に該当することとなったものは、新規則別表第五の規定に基づき医療費の助成を受けることができる。
- 5 前項の規定により新規則別表第五の規定に基づく医療費の助成を受けることとなった認定患者については、附則第二項の規定にかかわらず、旧規則の規定は適用せず、当該認定患者は、旧規則別表第五に掲げる疾病に係る医療券等を返還しなければならない。
- 6 新規則第五条第一項の規定による申請書等の受理及び新規則第六条第一項の規定による医療券の交付は、施行日前においても行うことができる。

(平二一規則一一・旧第七項繰上)

(特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正)

- 7 特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき特別区が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年東京都規則第百五十二号)の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

(平二一規則一一・旧第八項繰上)

(市町村における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき市町村が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正)

- 8 市町村における東京都の事務処理の特例に関する条例に基づき市町村が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年東京都規則第百五十五号)の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

(平二一規則一一・旧第九項繰上)

附 則(平成一九年規則第一六六号)

- 1 この規則は、平成十九年七月一日から施行する。ただし、別記第一号様式及び第二十四号様式の改正規定は、同年十月一日から施行する。
- 2 この規則(前項ただし書に規定する改正規定を除く。以下同じ。)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(以下「改正前の規則」という。)別記第十七号様式から第十九号様式まで及び第二十二号様式による医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ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別記第十七号様式から第十九号様式まで及び第二十二号様式による医療券とみなす。
- 3 この規則の施行の際、改正前の規則別記第十号様式及び第三十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。

附 則(平成二〇年規則第七六号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成二十年四月一日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日(以下「施行日」という。)の前日において、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(以下「旧規則」という。)第四条の認定患者(旧規則別表第五に掲げる疾病に係るものに限る。)であったもの(以下「旧規則による認定患者」という。)に対する医療費の助成(当該疾病に係るものに限る。)に係る旧規則の規定は、平成二十一年二月二十八日までの間は、なおその効力を有する。
- 3 旧規則第六条第一項の認定(旧規則別表第五に掲げる疾病に係るものに限る。)を受けようとする者は、施行日から平成二十年六月三十日までの間においても、旧規則第五条第一項の申請を行うことができる。
- 4 前項の規定に基づき旧規則第五条第一項の申請を行った者に対する認定及び医療費の助成(旧規則別表第五に掲げる疾病に限る。)に係る旧規則の規定は、平成二十一年五月三十一日までの間は、なおその効力を有する。
- 5 旧規則による認定患者のうち旧規則第十二条により医療券の返還をしなければならない者に対する附則第二項の適用については、同項中「平成二十一年二月二十八日」とあるのは、資格を喪失した場合にあっては「資格を喪失した日」と、医療券に記載されている有効期間を過ぎた場合にあっては「医療券に記載されている有効期間の満了日」と読み替えるものとする。
- 6 附則第四項の規定により旧規則第四条の認定患者となった者のうち旧規則第十二条により医療券の返還をしなければならない者に対する附則第四項の適用については、同項中「平成二十一年五月三十一日」とあるのは、資格を喪失した場合にあっては「資格を喪失した日」と、医療券に記載されている有効期間を過ぎた場合にあっては「医療券に記載されている有効期間の満了日」と読み替えるものとする。
- 7 旧規則による認定患者及び附則第四項の規定により旧規則第四条の認定患者となった者のうち、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「新規則」という。)別表第五に掲げる対象者の要件に該当することとなった者は、新規則の規定に基づく医療費の助成を受けることができる。この場合において、新規則別表第五の規定に基づく医療費の助成の期限は、旧規則により認定された医療券に記載されている有効期間の満了日までとする。
- 8 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(平成十九年東京都規則第百五十八号)附則第二項に規定する認定患者であった者のうち、新規則別表第五に掲げる対象者の要件に該当することとなった者は、新規則の規定に基づく医療費の助成を受けることができる。

- 9 附則第七項及び前項の規定により新規則別表第五の規定に基づき医療費の助成を受けることとなった者については、附則第二項及び附則第四項の規定は、適用しない。
- 10 附則第七項及び附則第八項の規定により新規則別表第五の規定に基づき医療費の助成を受けることとなった者は、旧規則又は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(平成十九年東京都規則第百五十八号)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に基づく医療券を返還しなければならない。
- 11 平成二十年五月一日から同年六月三十日までの間に新規則第五条第一項の申請を行った者(新規則別表第五に掲げる疾病に係るものに限る。)のうち、同年四月一日から同年五月三十一日までに当該疾病に係る医療の給付を受けた者に対する新規則の規定に基づく医療費の助成については、同年四月一日から適用する。この場合において、新規則第八条第一項の表六の項中「申請書を受理した日の属する月の初日」とあるのは、当該申請を行った者の申出に基づき「平成二十年四月一日」又は「平成二十年五月一日」と読み替えて適用することができるものとする。
- 12 この規則の施行の際、旧規則別記第十七号様式から第十九号様式まで、第二十二号様式及び第二十三号様式による医療券で、この規則の施行の際現に効力を有するものは、それぞれ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別記第十七号様式から第十九号様式まで、第二十二号様式及び第二十三号様式による医療券とみなす。
- 13 この規則の施行の際、旧規則別記第二号様式、第八号様式、第二十五号様式、第二十八号様式及び第三十二号様式から第三十六号様式までによる用紙で、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(平成十九年東京都規則第百五十八号)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一部改正)
- 14 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(平成十九年東京都規則第百五十八号。以下「改正規則」という。)附則第二項の規定によりなお効力を有することとされた改正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を次のように改める。

〔次のよう〕略

附 則(平成二〇年規則第一三九号)

(施行日)

- 1 この規則は、平成二十年七月一日(以下「施行日」という。)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別表第一の二の規定は、施行日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。

附 則(平成二一年規則第一一号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 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別記第一号様式、第二号様式、第八号様式、第十号様式、第二十五号様式及び第三十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。

(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(平成十九年東京都規則第百五十八号)の一部改正)

- 3 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(平成十九年東京都規則第百五十八号)の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

(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(平成十九年東京都規則第百五十八号)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一部改正)

- 4 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(平成十九年東京都規則第百五十八号。以下「改正規則」という。)附則第二項の規定によりなおその効力を有するものとされる改正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一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

- 5 この規則の施行の際、前項の規定による改正前の改正規則附則第二項の規定によりなおその効力を有するものとされる改正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別記第十号様式及び第三十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。

(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(平成二十年東京都規則第七十六号)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一部改正)

- 6 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(平成二十年東京都規則第七十六号。以下「二十年改正規則」という。)附則第四項の規定によりなおその効力を有するものとされる二十年改正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一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

- 7 この規則の施行の際、前項の規定による改正前の二十年改正規則附則第四項の規定によりなおその効力を有するものとされる二十年改正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別記第二十二号様式、第二十三号様式、第三十号様式及び第三十六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。

附 則(平成二一年規則第一〇七号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 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。)の規定は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)以降の医療費助成の申請(更新する場合を含む。以下同じ。)について適用し、施行日前の医療費助成の申請については、なお従前の例による。この場合において、施行日前に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(以下「改正前の規則」という。)第五条第一項第一号に規定する疾病に係る医療費助成の更新申請(施行日以後に助成期限の到来するものに限る。)をした者にあつては改正後の規則第五条第一項第一号へ及びトに掲げる書類を、改正前の規則第五条第一項第二号に規定する疾病に係る医療費助成の更新申請(施行日以後に助成期限の到来するものに限る。)をした者にあつては改正後の規則第五条第一項第二号ニ及びホに掲げる書類を、知事が別に定める日までにそれぞれ提出しなければならない。
- 3 前項後段に規定する者に対する医療券の交付については、同項本文の規定にかかわらず、改正後の規則別記第十七号様式又は第十八号様式によるものとする。
- 4 改正後の規則第十条第四項の規定は、この規則の施行の際、現に医療費助成を受けている者が、施行日後最初に行う更新については、適用しない。
- 5 この規則の施行の際、改正前の規則別記第十七号様式及び第十八号様式による医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ改正後の規則別記第十七号様式及び第十八号様式による医療券とみなす。
- 6 この規則の施行の際、改正前の規則別記第三十号様式、第三十二号様式、第三十三号様式、第三十四号様式、第三十五号様式及び第三十六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。

附 則(平成二一年規則第一四五号)

- 1 この規則は、平成二十一年十二月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に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別表第一の疾病名の欄に掲げるもののうち、次の表の上欄に掲げる疾病に係る対象者とされている者は、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「新規則」という。)別表第一の疾病名の欄に掲げるもののうち、次の表の下欄に掲げる疾病に係る対象者とみなす。この場合において、同表の下欄に掲げる疾病に係る対象者とみなされた者に現に交付されている同表の上欄に掲げる疾病に係る医療券は、同表の下欄に掲げる疾病に係る医療券とみなす。

原発性肺高血圧症	肺動脈性肺高血圧症
特発性慢性肺血拴塞 ^{そく} 症(肺高血圧型)	慢性血拴塞 ^{そく} 性肺高血圧症
ミトコンドリア脳筋症	ミトコンドリア病
アレルギー性肉芽腫 ^{しゅ} 性血管炎	アレルギー性肉芽腫 ^{しゅ} 性血管炎(チャージ・ストラウス症候群)
特発性肥大型心筋症(拡張相)	肥大型心筋症

- 3 この規則の施行の日(以下「施行日」という。)から平成二十一年十二月三十一日までの間に新規則別表第一の第一類に掲げる疾病のうち、重症多形滲^{しん}出性紅斑^{はん}(急性期)にり患している者が新規則第五条第一項に規定する申請を行い、新規則第六条第一項の規定により知事が当該疾病に係る対象者と認定したときは、新規則第八条第一項の表一の項助成開始日の欄中「申請書を受理した日」とあるのは、「平成二十一年十月一日。ただし、同月二日以降に対象者となる要件を満たした者については当該要件を満たした日」と、同項助成期限の欄中「申請書を受理した日の属する月の初日から起算して六月を経過する日」とあるのは、「平成二十二年三月三十一日。ただし、平成二十一年十月二日以降に対象者となる要件を満たした者については当該要件を満たした日の属する月の初日から起算して六月を経過する日」とそれぞれ読み替えて適用するものとする。
- 4 施行日から平成二十一年十二月三十一日までの間に新規則別表第一の第一類に掲げる疾病のうち、家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)、脊髓^{せき}性筋萎縮^い症、球脊^{せき}髓^い性筋萎縮症、慢性炎症性脱髓^{せき}性多発神経炎、肥大型心筋症、拘束型心筋症、ミトコンドリア病、リンパ脈管筋腫^{しゅ}症(LAM)、黄色靱^{じん}帯骨化症又は間脳下垂体機能障害(PRL分泌異常症、ゴナドトロピン分泌異常症、ADH分泌異常症、下垂体性TSH分泌異常症、クッシング病、先端巨大症、下垂体機能低下症)にり患している者が新規則第五条第一項に規定する申請を行い、新規則第六条第一項の規定により知事が当該疾病に係る対象者と認定したときは、新規則第八条第一項の表二の項助成開始日の欄中「申請書を受理した日」とあるのは「平成二十一年十月一日。ただし、同月二日以降に対象者となる要件を満たした者については当該要件を満たした日」と読み替えて適用するものとする。

附 則(平成二二年規則第三七号)

- 1 この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。
- 2 平成二十二年五月一日から同年六月三十日までの間に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「新規則」という。)第五条第一項の申請(新規則別表第五に掲げるB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に係るものに限る。)を行った者について、新規則第六条第一項の規定により知事が当該疾病に係る医療費助成の対象となる者と認めたときは、新規則第八条第一項の表六の項助成開始日の欄中「申請書を受理した日の属する月の初日」とあるのは、当該申請を行った者の申出に基づき「平成二十二年四月一日」又は「平成

二十二年五月一日」と読み替えて適用することができるものとする。

- 3 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(以下「改正前の規則」という。)第六条第一項の規定により、改正前の規則別表第五に掲げるC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病に係る医療費助成の対象となる者と知事が認めた者のうち、当該治療を終了した者が、平成二十二年五月一日から同年六月三十日までの間に新規則第五条第一項に規定する申請(新規則別表第五に掲げるC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病に係るものに限る。)を行い、新規則第六条第一項の規定により知事が当該疾病に係る医療費助成の対象となる者と認めたときは、新規則第八条第一項の表六の項助成開始日の欄中「申請書を受理した日の属する月の初日」とあるのは、当該申請を行った者の申出に基づき「平成二十二年四月一日」又は「平成二十二年五月一日」と読み替えて適用することができるものとする。ただし、当該申請を行った日が改正前の規則に基づく当該疾病に係る助成期限の日以前である場合は、「改正前の規則に基づく助成期限の翌日」と読み替えて適用するものとする。
- 4 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(平成十九年東京都規則第百五十八号(以下「十九年改正規則」という。))附則第三項の認定患者(以下単に「認定患者」という。)のうち、新規則別表第五に掲げるB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病について、対象者の要件に該当することとなった者は、新規則の規定に基づく医療費の助成を受けることができる。
- 5 前項の規定により新規則別表第五の規定に基づき医療費の助成を受けることとなった認定患者については、十九年改正規則附則第二項の規定にかかわらず、十九年改正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(以下「十九年改正前規則」という。)の規定は適用せず、当該認定患者は、十九年改正前規則に基づく医療券を返還しなければならない。
- 6 この規則の施行の際、改正前の規則別記第二十三号様式による医療券で、現に効力を有するものは、新規則別表第五の階層区分に基づき新たに新規則別記第二十三号様式による医療券が交付されるまでの間は、なお使用することができる。
- 7 この規則の施行の際、改正前の規則別記第十号様式、第十一号様式、第二十三号様式別紙、第三十号様式及び第三十六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。

附 則(平成二三年規則第五号)

- 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(以下「旧規則」という。)別記第二十二号様式及び第二十三号様式による医療券で、現に効力を有するものは、それぞれ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別記第二十二号様式及び第二十三号様式による医

療券とみなす。

- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第三号様式、第十二号様式、第二十二号様式、第二十三号様式、第二十五号様式、第三十三号様式及び第三十六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。

附 則(平成二五年規則第四号)

- 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別記第十七号様式及び第三十三号様式から第三十六号様式までによる用紙で、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。

附 則(平成二六年規則第九九号)

この規則は、平成二十六年七月一日から施行する。

附 則(平成二六年規則第一六六号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の日から平成二十七年三月三十一日までの間に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「新規則」という。)第五条第一項の申請(新規則別表第五に掲げる疾病のうち、C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病に係るものに限る。)を行った者で、新規則第六条第一項の規定により知事が認定したものに係る医療費の助成については、平成二十六年九月二日から適用する。この場合において、新規則第八条第一項の表七の項中「申請書を受理した日の属する月の初日」とあるのは、当該申請を行った者の申出に基づき「平成二十六年九月二日。ただし、同月三日以降に対象者となる要件を満たした者については当該要件を満たした日」と読み替えて適用することができる。
- 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別記第十号様式、第十一号様式及び第二十三号様式別紙による用紙で、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。

附 則(平成二六年規則第二〇〇号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成二十七年一月一日(以下「施行日」という。)から施行する。

(経過措置)

- 2 施行日前になされた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(以下「旧規則」という。)第五条第一項の規定による申請(旧規則別表第一の第一類に掲げる疾病及び同表の第二類に掲げる疾病に係るものに限る。)に対する認定については、なお従前の例による。
- 3 施行日の前日において、旧規則第六条第一項の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第一類に掲げる疾病のうち、劇症肝炎、重症急性^{すい}膵炎及び重症多形^{しん}滲出性紅斑(急性期)に係る対象者に限る。)として認定を受けている者(前項の規定により認定を受

けた者を含む。)に対する医療費助成については、重症多形^{しん}滲出性紅斑(急性期)に係る対象者にあつては当該認定に係る医療費助成の期間、劇症肝炎及び重症急性^{すい}膀胱炎に係る対象者にあつては施行日から継続して助成を受ける間は、なお従前の例による。

- 4 施行日の前日において、旧規則第六条第一項の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第二類に掲げる疾病のうち、シェーグレン症候群、多発性^{ほう}囊胞腎、特発性門脈^{もん}圧亢進症、アレルギー性肉芽腫性血管炎(チャージ・ストラウス症候群)、原発性硬化性胆管炎、自己免疫性肝炎又は成人スティル病に係る対象者に限る。)として認定を受けている者(附則第二項の規定により認定を受けた者を含む。)が、施行日から継続して助成を受ける場合は、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなつたときは、当該日)までの間は、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「新規則」という。)別表第一の第二類に掲げる疾病にり患している者とみなして、新規則の規定を適用する。
- 5 施行日の前日において、旧規則第六条第一項の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第二類に掲げる疾病(シェーグレン症候群、多発性^{ほう}囊胞腎、特発性門脈^{もん}圧亢進症、アレルギー性肉芽腫性血管炎(チャージ・ストラウス症候群)、原発性硬化性胆管炎、自己免疫性肝炎又は成人スティル病を除く。)に係る対象者に限る。)として認定を受けている者(附則第二項の規定により認定を受けた者を含む。)が施行日から継続して助成を受ける場合及び前項に規定する者が同項の規定により助成を受ける場合における新規則別表第一の規定の適用については、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなつたときは、当該日)までの間は、同表医療費助成の額の欄中「別表第一の二」とあるのは「附則別表」と、「食事療養標準負担額」とあるのは「食事療養標準負担額の二分の一」と、「生活療養標準負担額」とあるのは「生活療養標準負担額の二分の一」とする。
- 6 附則第四項の規定の適用を受ける者が、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号。以下「難病法」という。)第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当する場合又は次項の規定の適用を受けた者が、その後、難病法第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当することとなつた場合は、前二項又は次項及び附則第八項の規定にかかわらず、これらの規定中「平成二十九年十二月三十一日」とあるのは、「新規則第八条第一項の表二の項に規定する助成期限(同条第三項の規定に該当する場合は、同項に規定する助成期限)」とする。
- 7 前項の場合において、当該者が、その後、難病法第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当しなくなつたときは、その日から平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなつたときは、当該日)までの間は、新規則別表第一の第二類に掲げる疾病にり患している者とみなして、新規則の規定を適用する。

- 8 前項の規定により助成を受ける場合における新規則別表第一の規定の適用については、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間は、同表医療費助成の額の欄中「別表第一の二」とあるのは「附則別表」と、「食事療養標準負担額」とあるのは「食事療養標準負担額の二分の一」と、「生活療養標準負担額」とあるのは「生活療養標準負担額の二分の一」とする。
- 9 附則第五項及び前項の場合において、当該者が附則別表に規定する重症患者の認定を受けようとするときは、体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障があると認められる者に該当することを証明する書類として知事が別に定めるものにより、知事に申請しなければならない。
- 10 施行日の前日において、旧規則第六条第一項の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第一類又は第二類に掲げる疾病に係る対象者であって、かつ、同表の第四類に掲げる疾病に係る対象者であるものに限る。)として認定を受けている者(附則第二項の規定により認定を受けた者及び施行日前に旧規則別表第一の第四類に掲げる疾病に係る申請を行い、施行日以後に認定を受けた者を含む。)が、施行日から継続して助成(新規則別表第一の第四類に掲げる疾病に係るものであって、当該助成に係る本人負担額が二万円となる場合に限る。)を受け、かつ、次の各号のいずれかに該当する場合における新規則別表第一の規定の適用については、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間は、同表医療費助成の額の欄中「一万円」とあるのは、「二万円」とする。
- 一 当該者が、難病法第七条第一項の規定による支給認定を受けた指定難病(難病法第五条第一項に規定する指定難病をいう。)の患者である場合
 - 二 当該者が、新規則別表第一の第一類又は第二類に掲げる疾病に係る難病認定患者(附則第三項の規定の適用を受ける者及び附則第四項又は附則第七項の規定により新規則別表第一の第二類に掲げる疾病に係る対象者とみなされる者を含む。)である場合
- 11 附則第五項又は附則第八項の規定の適用を受ける者に係る第十六条第二項第二号の規定の適用については、「医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第三十四号様式)」とあるのは「医療費支給申請書兼口座振替依頼書(経過措置用)(附則別記様式)」とする。
- 12 新規則第五条の規定による申請書等の受理及び第六条の規定による医療券の交付等は、この規則の施行の日前においても行うことができる。
- 13 この規則の際、旧規則別記第一号様式、第十七号様式から第十九号様式まで、第二十四号様式、第二十八号様式、第三十号様式及び第三十四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。

附則別表(附則第5項、附則第8項関係)

階層区分	対象者別の一部負担額の月額限度額		
	一 二及び三	二 重症患者	三 人工呼吸

		に掲げる者 以外の者		器等装着者
低所得Ⅰ	市町村民税世帯非課税者であって、前年の公的年金等の収入金額等が80万円以下の場合	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ	市町村民税世帯非課税者であって、前年の公的年金等の収入金額等が80万円を超える場合	5,000円		
一般所得Ⅰ	市町村民税の課税年額が71,000円未満の場合(市町村民税世帯非課税者を除く。)	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税の課税年額が71,000円以上251,000円未満の場合	10,000円		
上位所得	市町村民税の課税年額が251,000円以上の場合	20,000円		

備考

- 1 上記の表中「重症患者」とは、難病認定患者であって、身体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障があると認められる者として、知事の認定を受けた者をいう。
- 2 上記の表中「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者であって、第6条の規定による認定を受けた疾病により次の(1)及び(2)に掲げるものに該当する旨の知事による認定を受けた者をいう。
 - (1) 継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある者
 - (2) 日常生活動作が著しく制限されている者
- 3 上記の表中「市町村民税の課税年額」とは次に掲げる対象者の区分に応じ、当該区分に掲げる者の地方税法の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。)の課税年額(同法第292条第1項第2号に掲げる所得割(同法328条の規定によって課する所得割を除く。)の額に限る。)を合算した額をいう。

- (1) 対象者が第3条第2号ロからへまでの規定により医療に関する給付を受けている場合 対象者が当該規定による被保険者である場合にあっては当該対象者、対象者が当該規定による被扶養者である場合にあっては認定基準世帯員
 - (2) 対象者が第3条第2号イ又はトの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者及び当該対象者に係る認定基準世帯員
- 4 上記の表中「市町村民税世帯非課税者」とは、対象者及び認定基準世帯員が、地方税法の規定による市町村民税を課されない者(特別区又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。)をいう。
- 5 上記の表中「公的年金等の収入金額等」とは、次に掲げるものを合算した額をいう。
- (1) 所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額
 - (2) 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額(所得税法第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、同条第4項中「次の各号に掲げる金額の合計額とする。ただし、当該合計額が70万円に満たないときは、70万円」とあるのは「80万円」として同項の規定を適用して算定した額)をいい、当該額が零を下回る場合には、0とする。)
 - (3) 国民年金法(昭和34年法律第141号)に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号。以下「昭和60年法律第34号」という。)第1条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金
 - (4) 厚生年金保険法(昭和29年法律第115号)に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに昭和60年法律第34号第3条の規定による改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金
 - (5) 船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに昭和60年法律第34号第5条の規定による改正前の船員保険法に基づく障害年金
 - (6) 国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第105号)第1条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金
 - (7) 地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第108号)第1条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金
 - (8) 私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第106号)第1条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金
 - (9) 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律(平成13年法律第101号)附則第

16条第4項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第6項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第25条第4項に規定する特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの

- (10) 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律(平成16年法律第166号)に基づく特別障害給付金
 - (11) 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に基づく障害補償給付及び障害給付
 - (12) 国家公務員災害補償法(昭和26年法律第191号。他の法律において準用する場合を含む。))に基づく障害補償
 - (13) 地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの
 - (14) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)に基づく特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに昭和60年法律第34号附則第97条第1項の規定による福祉手当
- 6 次に掲げる区分に該当する場合は、当該区分に掲げる額をもって一部負担額の限度額とする。
- (1) 第12条の2第3項の規定による認定を受けた場合 0円(追加疾病に対する医療費助成に係る一部負担額に限る。)
 - (2) 医療費算定対象世帯員において他の難病認定患者がいる場合 難病認定患者に係る上記の表の階層区分に応じ、当該階層区分に定める額に当該難病認定患者及び当該他の難病認定患者に係る当該階層区分に掲げる額を合算した額をもって当該階層区分に掲げる額のうち最も高い額を除いて得た率を乗じて得た額
 - (3) 難病認定患者が支給認定患者等(難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第4項に規定する支給認定患者等をいう。以下同じ。)である場合又は医療費算定対象世帯員において支給認定患者等がいる場合 0円
 - (4) 難病認定患者が小児慢性特定疾病児童等(児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等をいう。以下同じ。)である場合又は医療費算定対象世帯員において小児慢性特定疾病児童等がいる場合 0円
- 7 一部負担額の限度額に10円未満の端数が生じた場合には、端数は切り捨てるものとする。

(日本産業規格A列3番)

附 則(平成二十七年規則第三一号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成二十七年四月一日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、第五条第二号及び第四号の改正規定、附則に次の一項を加える改正規定、別記第四号様式の改正規定、別記第八号様式の次に一様式を加える改正規定及び別記第三十一号様式の改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 施行日前になされた難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号。以下「難病法」という。)第六条第一項の規定による支給認定の申請(難病法第五条第一項に規定する指定難病のうち、プリオン病に係るものに限る。)については、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「新規則」という。)第五条の規定による申請(新規則別表第一の第一類に掲げる疾病のうち、プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。)に係るものに限る。)とみなすことができる。
- 3 前項の申請を行った者で、新規則第六条の規定により知事が認定した者に係る医療費の助成については、平成二十七年一月一日から適用する。この場合において、新規則第八条第一項の表一の項中「申請書を受理した日」とあるのは、「平成二十七年一月一日。ただし、同月二日以降に難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号)第六条第一項に規定する支給認定の申請(同法第五条第一項に規定する指定難病のうち、プリオン病に係るものに限る。)を行った者については当該申請に係る申請書を受理した日」と読み替えて適用することができる。
- 4 施行日の前日において、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(以下「旧規則」という。)第六条の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第二類に掲げる疾病のうち、ネフローゼ症候群、ミオトニー症候群、遺伝性(本態性)ニューロパチー又は進行性筋ジストロフィーに係る対象者に限る。)として認定を受けている者(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(平成二十六年東京都規則第二百号。以下「二十六年改正規則」という。)附則第五項の規定の適用を受けている者を除く。)が、施行日から継続して助成を受ける場合は、当該認定に係る医療費助成の期間(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日までの間)は、新規則別表第一の第二類に掲げる疾病にり患している者とみなして、新規則の規定を適用する。
- 5 施行日の前日において、旧規則第六条の規定により医療費助成の対象者(旧規則別表第一の第二類に掲げる疾病のうち、ネフローゼ症候群、ミオトニー症候群、遺伝性(本態性)ニューロパチー又は進行性筋ジストロフィーに係る対象者に限る。)として認定を受けている者(二十六年改正規則附則第五項の規定の適用を受けている者に限る。)が、施行日から継続して助成を受ける場合は、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助

成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間は、新規則別表第一の第二類に掲げる疾病にり患している者とみなして、二十六年改正規則附則第五項及び新規則の規定を適用する。

- 6 前項の規定の適用を受ける者が、難病法第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当する場合又は次項の規定の適用を受けた者が、その後、難病法第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当することとなった場合は、前項又は次項及び附則第八項の規定にかかわらず、これらの規定中「平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間」とあるのは、「当該認定に係る医療費助成の期間(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日までの間)」とする。
- 7 前項の場合において、当該者が、その後、難病法第七条第一項第一号の規定により厚生労働大臣が定める病状の程度に該当しなくなったときは、その日から平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間は、新規則別表第一の第二類に掲げる疾病にり患している者とみなして、新規則の規定を適用する。
- 8 前項の規定により助成を受ける場合における新規則別表第一の規定の適用については、平成二十九年十二月三十一日(同日までに当該者が助成の対象者でなくなったときは、当該日)までの間は、同表医療費助成の額の欄中「別表第一の二」とあるのは「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(平成二十六年東京都規則第二百号)附則別表」と、「食事療養標準負担額」とあるのは「食事療養標準負担額の二分の一」と、「生活療養標準負担額」とあるのは「生活療養標準負担額の二分の一」とする。
- 9 前項の場合において、当該者が二十六年改正規則附則別表に規定する重症患者の認定を受けようとするときは、体の機能障害が永続し又は長期安静を必要とする状態にあるため、日常生活に著しい支障があると認められる者に該当することを証明する書類として知事が別に定めるものにより、知事に申請しなければならない。
- 10 附則第五項又は附則第七項の規定の適用を受ける者については、二十六年改正規則附則第十項第二号に掲げる者とみなす。
- 11 附則第八項の規定の適用を受ける者に係る第十六条第二項第二号の規定の適用については、「医療費支給申請書兼口座振替依頼書(別記第三十四号様式)」とあるのは「医療費支給申請書兼口座振替依頼書(経過措置用)(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(平成二十六年東京都規則第二百号)附則別記様式)」とする。
- 12 別記第四号様式及び第三十一号様式の改正規定の施行の際、旧規則別記第四号様式及び第三十一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。

附 則(平成二七年規則第一五八号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成二十七年九月一日(以下「施行日」という。)から施行する。ただし、別記第三十五号様式及び別記第三十六号様式の改正規定並びに附則第七項の規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 施行日の前日において、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(以下「旧規則」という。)別表第一の第二類に掲げるネフローゼ症候群(指定難病のIgA腎症を除く。)、強直性脊椎炎、先天性ミオパチー、ウィルソン病又は脊髄空洞症のり患により医療費助成の対象者として現に認定を受けている者(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(平成二十六年東京都規則第二百号。以下「二十六年改正規則」という。)附則第五項の規定の適用を受ける者を除く。)については、当該認定に係る医療費助成の期間に限り、当該認定に係る疾病を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「新規則」という。)別表第一の第二類に掲げる疾病とみなして、新規則の規定を適用する。
- 3 施行日の前日において、旧規則別表第一の第二類に掲げるネフローゼ症候群(指定難病のIgA腎症を除く。)、強直性脊椎炎、先天性ミオパチー、ウィルソン病又は脊髄空洞症のり患により医療費助成の対象者として現に認定を受けている者(二十六年改正規則附則第五項の規定の適用を受ける者に限る。)については、施行日から平成二十九年十二月三十一日までの間は、当該認定に係る疾病を新規則別表第一の第二類に掲げる疾病とみなして、二十六年改正規則附則第五項及び第九項から第十一項までの規定並びに新規則の規定を適用する。
- 4 前項の規定の適用を受ける者は、施行日から平成二十九年十二月三十一日までの間に、現に受けている認定に係る医療費助成の期間が終了する場合、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号。以下「難病法」という。)第六条第一項の規定による申請(難病法第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該者が現に受けている認定に係る疾病に相当する疾病に係る申請に限る。次項において同じ。)を行うものとする。
- 5 附則第三項の規定の適用を受ける者が、難病法第六条第一項の規定による申請を行った場合であって、その病状が難病法第七条第一項第一号に該当するときは、現に受けている認定に係る医療費助成の有効期間の終了後同号に規定する病状の程度に該当している間は、附則第三項の規定は適用しない。
- 6 附則第二項又は第三項の規定の適用を受ける者が、施行日以降新規則第十二条に規定する資格を喪失した場合に該当するときは、資格を喪失した日以降附則第二項又は第三項の規定を適用しない。
- 7 別記第三十五号様式及び第三十六号様式の改正規定の施行の際、旧規則別記第三十五号

様式及び第三十六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。

附 則(平成二七年規則第二〇七号)

(施行期日)

1 この規則は、平成二十八年一月一日(以下「施行日」という。)から施行する。

(経過措置)

2 施行日の前日において、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(以下「旧規則」という。)別表第一の第二類に掲げる母斑症(指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群に限る。)、ミオトニー症候群(指定難病のシュワルツ・ヤンペル症候群を除く。)又は進行性筋ジストロフィー(指定難病の遠位型ミオパチーを除く。)のり患により医療費助成の対象者として現に認定を受けている者(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(平成二十六年東京都規則第二百号。以下「二十六年改正規則」という。)附則第五項の規定の適用を受ける者を除く。))については、当該認定に係る医療費助成の期間に限り、当該認定に係る疾病を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「新規則」という。)別表第一の第二類に掲げる疾病とみなして、新規則の規定を適用する。

3 施行日の前日において、旧規則別表第一の第二類に掲げる母斑症(指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群に限る。)、ミオトニー症候群(指定難病のシュワルツ・ヤンペル症候群を除く。)又は進行性筋ジストロフィー(指定難病の遠位型ミオパチーを除く。)のり患により医療費助成の対象者として現に認定を受けている者(二十六年改正規則附則第五項の規定の適用を受ける者に限る。))については、施行日から平成二十九年十二月三十一日までの間は、当該認定に係る疾病を新規則別表第一の第二類に掲げる疾病とみなして、二十六年改正規則附則第五項及び第九項から第十一項までの規定並びに新規則の規定を適用する。

4 前項の規定の適用を受ける者は、施行日から平成二十九年十二月三十一日までの間に、現に受けている認定に係る医療費助成の期間が終了する場合、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号。以下「難病法」という。)第六条第一項の規定による申請(難病法第五条第一項に規定する指定難病のうち、当該者が現に受けている認定に係る疾病に相当する疾病に係る申請に限る。次項において同じ。)を行うものとする。

5 附則第三項の規定の適用を受ける者が、難病法第六条第一項の規定による申請を行った場合であって、その病状が難病法第七条第一項第一号に該当するときは、現に受けている認定に係る医療費助成の有効期間の終了後同号に規定する病状の程度に該当している間は、附則第三項の規定は適用しない。

6 附則第二項又は第三項の規定の適用を受ける者が、施行日以降新規則第十二条に規定す

る資格を喪失した場合に該当するときは、資格を喪失した日以降附則第二項又は第三項の規定を適用しない。

附 則(平成二八年規則第一七八号)

この規則は、平成二十八年八月一日から施行する。

附 則(平成二九年規則第一一九号)

(施行期日)

1 この規則は、平成三十年一月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現に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(以下「旧規則」という。)別表第一の疾病名の欄に掲げるもののうち、次の表の上欄に掲げる疾病に係る対象者とされている者は、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別表第一の疾病名の欄に掲げるもののうち、次の表の下欄に掲げる疾病に係る対象者とみなす。この場合において、同表の下欄に掲げる疾病に係る対象者とみなされた者に現に交付されている同表の上欄に掲げる疾病に係る医療券は、同表の下欄に掲げる疾病に係る医療券とみなす。

特発性好酸球増多症候群	古典的特発性好酸球増多症候群
骨髄線維症	原発性骨髄線維症

3 この規則の施行の際、旧規則別記第二号様式及び第二十五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。

附 則(平成三〇年規則第七六号)

(施行期日)

1 この規則は、平成三十年四月一日から施行する。

(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の一部改正)

2 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(平成二十六年東京都規則第二百号。以下「平成二十六年改正規則」という。)の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

(経過措置)

3 平成二十九年十一月十三日から平成二十九年十二月三十一日までの間において行われた、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(以下「旧規則」という。)第五条の規定による申請、第六条の規定による医療券の交付、第十条第一項又は第二項の規定による更新申請、第十一条第一項の規定による医療券の再交付、第十二条の二第一項の規定による変更申請、第十三条に基づく変更の届出及び第十三条の二の規定による医療券の交付は、この規則(第十六条第二項第二号の二及び第三号の改正規定、同項第四号を削る改正規定並びに別記第二号様式の三(病名等の情報の欄に係る部分に限る。)、第十八号様式(表)、第二十九号様式及び第三十三号様式から第三十

六号様式までの改正規定を除く。)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によってなされたものとみなす。

- 4 平成三十年一月一日から平成三十年三月三十一日までの間において行われた、旧規則第五条の規定による申請、第六条の規定による医療券の交付、第十条第一項又は第二項の規定による更新申請、第十一条第一項の規定による医療券の再交付、第十二条の二第一項の規定による変更申請、第十三条に基づく変更の届出及び第十三条の二の規定による医療券の交付は、この規則(第十六条第二項第二号の二及び第三号の改正規定、同項第四号を削る改正規定及び別記第三十三号様式から第三十六号様式までの改正規定を除く。)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によってなされたものとみなす。
- 5 別記第一号様式、第二号様式の三、第十号様式、第十一号様式、第二十九号様式、第三十一号様式及び第三十三号様式から第三十六号様式までの改正規定並びに平成二十六年改正規則附則別記様式の改正規定の施行の際、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別記第一号様式、第二号様式の三、第十号様式、第十一号様式、第二十九号様式、第三十一号様式及び第三十三号様式から第三十六号様式までによる用紙並びに平成二十六年改正規則附則別記様式による用紙で、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。

附 則(平成三〇年規則第一三三号)

(施行期日)

- 1 この規則は、平成三十年十二月一日(以下「施行日」という。)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(以下この項において「改正後の規則」という。)第十五条第二項の規定による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関の指定は、施行日前においても行うことができる。
- 3 平成三十二年三月三十一日までに都道府県から指定を受けた肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関は、指定日の十二月前から指定を受けていたとみなして改正後の規則別表第六疾病の範囲の欄に規定する肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受けた月を算定する。ただし、指定日の十二月前が平成三十年四月一日より前となる場合は、平成三十年四月一日から指定を受けていたとみなす。
- 4 改正後の規則別表第六医療費助成の額の欄の表階層区分Aにおける七十歳以上七十五歳未満の場合の規定については、平成二十六年三月三十一日以前に七十歳に達している者のうち、医療保険者が発行する高齢受給者証の一部負担金の割合が一割のものは、一部負担金の割合が二割とされている者とみなす。
- 5 この規則の施行の際、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別記第三十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。

附 則(平成三〇年規則第一四六号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(令和元年規則第三〇号)

- 1 この規則は、令和元年七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。

附 則(令和二年規則第一三〇号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 次のいずれにも該当し、かつ、東京都の区域に住所を有する者が、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)から令和二年十二月二十八日までの間に、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「新規則」という。)第五条第一項第六号に掲げる書類を知事に提出し、その承認を受けたときは、当該者を新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者とみなして、新規則の規定を適用することができる。この場合において、新規則第八条第一項の表八の項の規定の適用については、同項中「申請書を受理した」とあるのは、「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(令和二年東京都規則第百三十号)附則第二項第一号及び第二号に該当することとなった」とする。
 - 一 令和二年一月一日から施行日の前日までの間に、新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者の要件(同表対象者の欄第三号及び第四号に掲げるものを除く。)を満たした者
 - 二 平成三十一年二月から令和二年七月までの間における連続する十二月の期間内に、保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を三月以上受けた者。ただし、当該期間における当該医療のいずれもが肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関(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(以下「旧規則」という。)第十条第一項の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関をいう。))において行われた場合を除く。
- 3 この規則の施行の際、旧規則別記第三十八号様式から第四十号様式まで及び第四十三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。

附 則(令和三年規則第二三四号)

- 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。

附 則(令和三年規則第二九六号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 次のいずれにも該当し、かつ、東京都の区域に住所を有する者が、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)から令和四年三月三十一日までの間に、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「新規則」という。)第五条第一項第六号に掲げる書類を知事に提出し、その承認を受けたときは、当該者を新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者とみなして、新規則の規定を適用することができる。この場合において、新規則第八条第一項の表八の項の規定の適用については、同項中「申請書を受理した」とあるのは、「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(令和三年東京都規則第二百九十六号)附則第二項第一号及び第二号に該当することとなった」とする。

一 令和三年四月一日から施行日の前日までの間に、新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者の要件(同表対象者の欄第三号及び第四号に掲げるものを除く。)を満たした者

二 令和二年五月から施行日の属する月までの間における連続する十二月の期間内に、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は同号に規定する保険薬局において、新規則別表第六備考3に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、同表備考4に規定する高療該当肝がん外来関係医療又は同表備考5に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を既に二月以上受けた者

3 令和三年四月一日から施行日の前日までの間において行われた、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(以下「旧規則」という。)第五条の規定による申請、第六条の規定による医療券の交付、第十条第一項又は第二項の規定による更新申請、第十一条第二項の規定による医療券の再交付、第十二条の二第一項の規定による変更申請、第十三条の規定による変更の届出及び第十三条の二第一項の規定による医療券の交付は、新規則によってなされたものとみなす。

4 令和三年三月三十一日までに、旧規則第六条、第十一条第二項又は第十三条の二第一項の規定により同年四月一日以後もなお有効な医療券の交付を受けた者に対する新規則の規定は、同日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

5 この規則の施行の際、旧規則別記第三十六号様式から第四十一号様式まで及び第四十三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。

附 則(令和四年規則第一六三号)

- 1 この規則は、令和四年七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。

附 則(令和五年規則第二号)

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 次のいずれにも該当する者が、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)から令和五年二月二十八日までの間に、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「新規則」という。)第五条第一項第六号に掲げる書類を知事に提出し、その承認を受けたときは、当該者を新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者とみなして、新規則の規定を適用することができる。この場合において、新規則第八条第一項の表八の項の規定の適用については、同項中「申請書を受理した」とあるのは、「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(令和五年東京都規則第二号)附則第二項第一号から第四号までに該当することとなった」とする。

一 令和四年十月一日から施行日の前日までの間に、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和三十七年法律第八十号)第六十七条第一項第二号の適用を受け一部負担金の割合が二割になった者

二 令和四年十月一日から施行日の前日までの間に、新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者の要件(同表対象者の欄第二号から第四号までに掲げるものを除く。)を満たした者

三 肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究に協力することに同意した者

四 令和三年十一月から施行日の属する月までの間における連続する十二月の期間内に、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は同号に規定する保険薬局において、新規則別表第六備考3に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、同表備考4に規定する高療該当肝がん外来関係医療又は同表備考5に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を既に二月以上受けた者

- 3 令和四年九月三十日までに、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(以下「旧規則」という。)第六条、第十一条第二項又は第十三条の二第一項の規定により同年十月一日以後もなお有効な医療券の交付を受けた後期高齢医

療適用者で、同日にその一部負担割合が二割になった者に対する新規則の規定は、同日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

- 4 この規則の施行の際、旧規則別記第十号様式及び第三十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。

附 則(令和五年規則第五〇号)

- 1 この規則は、令和五年七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。

附 則(令和五年規則第一三四号)

(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。

附 則(令和六年規則第三八号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和六年四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「新規則」という。)別表第一の規定は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)以後に行われた医療等に係る医療費助成について適用し、施行日前行われた医療等に係る医療費助成については、なお従前の例による。
- 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(以下「旧規則」という。)別記第十七号様式による医療券で、現に効力を有するものは、新規則別記第十七号様式による医療券とみなす。

- 4 この規則の施行の際、旧規則別記第十七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。

附 則(令和六年規則第一三六号)

(施行期日)

- 1 この規則は、令和六年七月三十一日から施行する。

(経過措置)

- 2 次のいずれにも該当し、かつ、東京都の区域に住所を有する者が、令和六年四月一日から同年十二月二十八日までの間に、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「新規則」という。)第五条第一項第六号に掲げる書類について知事に提出(次項の規定により新規則による申請とみなされる場合を含む。)を行い、その承認を受けたときは、当該者を新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者とみなして、新規則の規定を適用することができる。この場合において、新規則第八条第一項の表八の項の規定の適用については、同項中「申請書を受理した」とあるのは、「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(令和六年東京都規則第百三十六号)附則第二項第一号から第三号までに該当することとなった」とする。
- 一 令和六年四月一日からこの規則の施行の日(以下「施行日」という。)の前日までの間に、新規則別表第六に掲げる疾病に係る対象者の要件(同表対象者の欄第三号及び第四号に掲げるものを除く。)を満たした者
- 二 肝がん・重度肝硬変の治療効果、患者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究に協力することに同意した者
- 三 令和四年五月から施行日の属する月までの間における連続する二十四月の期間内に、健康保険法(大正十一年法律第七十号)第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は同号に規定する保険薬局において、新規則別表第六備考3に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、同表備考4に規定する高療該当肝がん外来関係医療又は同表備考5に規定する高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を既に一月以上受けた者
- 3 令和六年四月一日から施行日の前日までの間において行われた、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(以下「旧規則」という。)第五条の規定による申請、第六条の規定による医療券の交付、第十条第一項又は第二項の規定による更新申請、第十一条第二項の規定による医療券の再交付、第十二条の二第一項の規定による変更申請、第十三条の規定による変更の届出及び第十三条の二第一項の規定による医療券の交付は、新規則によってなされたものとみなす。
- 4 令和六年三月三十一日までに、旧規則第六条、第十一条第二項又は第十三条の二第一項

の規定により同年四月一日以後もなお有効な医療券の交付を受けた者に対する新規則の規定は、同日以後に行われた医療に係る医療費の助成について適用し、同日前に行われた医療に係る医療費の助成については、なお従前の例による。

- 5 この規則の施行の際、旧規則別記第三十六号様式、第三十八号様式から第四十号様式まで及び第四十三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。

附 則(令和六年規則第一六八号)

- 1 この規則は、令和六年十二月二日から施行する。
- 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。

附 則(令和七年規則第一七号)

この規則は、令和七年四月一日から施行する。

附 則(令和七年規則第一三五号)

- 1 この規則は、令和七年七月一日から施行する。
- 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別表第一の二の規定は、この規則の施行の日以後の申請に係る医療費の助成について適用し、同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。
- 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別記第二号様式の二及び第二号様式の六による用紙で、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。

別表第一(第二条一第五条、第八条関係)

(平二六規則二〇〇・全改、平二七規則三一・平二七規則一五八・平二七規則二〇七・平二九規則一一九・令五規則二・令六規則三八・令六規則一六八・一部改正)

疾病名		対象者	医療費助成の額
第一類	スモン、プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。)	東京都の区域内に住所を有する者であって、一又は二に掲げるもの 一 疾病名の欄に掲げる	一 第一類及び第三類に掲げる疾病に係る対象者については、次のイ及びロにより算定した額
第二類	悪性高血圧、母斑症(指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群を除く。)、古典的特発	疾病にり患している者であって、知事が別に定める基準を満たすものの、ただし、次のいずれかに該当する者を除く。	から医療保険各法又は介護保険法の規定による医療又は介護に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額(他の法令、条例又は

	性好酸球増多症候群、びまん性汎細気管支炎、遺伝性QT延長症候群、網膜脈絡膜萎縮症、原発性骨髄線維症、肝内結石症	イ 母斑症のうち神経皮膚黒色症、ゴーリン症候群(基底細胞母斑症候群)及びフォン・ヒッペル・リンドウ病並びに古典的特発性好酸球増多症候群のうち好酸球増加症、遺伝性QT延長症候群、原発性骨髄線維症及び先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅷ因子欠乏症等を除く。)にり患している者であって、小児慢性特定疾病及び児童福祉法第六条の二第二項の規定に基づき当該疾病ごとに厚生労働大臣が定める状態の程度(以下「当該疾病に係る状態の程度」という。)に該当するもの(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)	他の規則の規定により国又は地方公共団体の負担による医療又は介護に関する給付が行われる場合は、これらの額から更にその額を控除した額。以下「本人負担額」という。)ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りではない。
第三類	先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅰ因子欠乏症、第Ⅱ因子欠乏症、第Ⅴ因子欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、第Ⅷ因子欠乏症、第Ⅸ因子欠乏症、第Ⅹ因子欠乏症、第ⅩⅠ因子欠乏症、第ⅩⅡ因子欠乏症、第ⅩⅢ因子欠乏症、フォン・ヴィルブランド病及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症をいう。)	ロ 先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ因子欠乏症等及び人工透析を必要とする腎不全にり患している者であって、特定疾病療養確認書類の交付を受けていな	イ 医療保険各法の規定による医療に関する給付を受ける場合は、(1)診療報酬の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第五十九号)、(2)入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第九十九号。第四類に掲げる疾病を除く。)、(3)訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第六十七号)、(4)保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成十八年厚生労働省告示第四百九十号)、(5)厚生労働大臣が指
第四類	人工透析を必要とする腎不全		

		<p>いもの又は小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度に該当するもの(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)</p> <p>二 同一の月に受けた第二類に掲げる疾病に係る医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例(これによりすることができないとき、及びこれによることを適当としないときは知事が別に定める算定方法)により算定した当該医療に要した費用の額が三万三千三百三十円を超えた月数が申請日の属する月以前の十二月以内に既に三月以上である者又はこれに準ずるものとして知事が別に定める者(第二類に掲げる疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)</p>	<p>定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法(平成二十年厚生労働省告示第九十三号)</p> <p>ロ 介護保険法の規定による介護に関する給付を受ける場合(第四類に掲げる疾病を除く。))は、(1)指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十二年厚生省告示第十九号)別表3、4、5、(2)指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成十二年厚生省告示第二十一号)別表の4、(3)指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成十八年厚生労働省告示第百二十七号)別表3、4、5</p> <p>一の二 第二類に掲げる疾病に係る対象者については、イに掲げる額(当該疾病に係る医療に食事療養(健康保険法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養をいう。以下この表において同じ。))が含まれるときは、当該額及びロに掲げ</p>
--	--	--	--

			<p>る額の合算額、当該疾病に係る医療に生活療養(同条第二項第二号に規定する生活療養をいう。以下この表において同じ。)が含まれるときは、当該額及びハに掲げる額の合算額)からニに掲げる額を控除した額とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りではない。</p> <p>イ 同一の月に受けた当該疾病に係る医療(食事療養及び生活療養を除く。)につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、別表第一の二の規定により算出した額(当該額が当該算定した額の百分の二十(当該難病認定患者が高齢者の医療の確保に関する法律第五十条及び第五十一条の規定による後期高齢者医療の被保険者であって、同法第六十七条第一項第一号に掲げる場合に該当する場合その他知事が別に定める場合にあっては、百分の十)に相当する額を超えると</p>
--	--	--	---

			<p>きは、当該相当する額) を控除して得た額</p> <p>ロ 当該疾病に係る医療(食事療養に限る。) につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、健康保険法第八十五条第二項に規定する食事療養標準負担額を控除した額</p> <p>ハ 当該疾病に係る医療(生活療養に限る。) につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額から、健康保険法第八十五条の二第二項に規定する生活療養標準負担額を控除した額</p> <p>ニ 医療保険各法又は介護保険法の規定による医療又は介護に関する給付に関し保険者が負担すべき額(他の法令、条例又は他の規則の規定により国又は地方公共団体の負担による医療又は介護に関する給付が行われる場合は、当該保険者が負担すべき額及び当該国又は地方公共団体の負担</p>
--	--	--	---

			<p>による医療又は介護に関する給付に係る額の合算額)</p> <p>二 第四類に掲げる疾病に係る対象者については、イ及びロにより算定した額とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りではない。</p> <p>イ 入院については、同一の医療機関(同一の医療機関における歯科診療及び歯科診療以外の診療は、それぞれの診療ごとに別の医療機関とみなす。以下同じ。)ごとに一箇月につき一万円を上限として本人負担額と同額とする。</p> <p>ロ 入院以外については、同一の医療機関、同一の薬局又は同一の訪問看護ステーションごとに一箇月につき一万円を上限として本人負担額と同額とする。</p>
--	--	--	--

備考 右記の表中「指定難病」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成二十六年法律第五十号)第五条第一項に規定する指定難病をいう。

別表第1の2

(平26規則200・全改、令7規則135・一部改正)

階層区分	対象者別の一部負担額の月額限度額		
	一 二及び三 に掲げる者	二 高額難病 治療継続者	三 人工呼吸 器等装着者

		以外の者		
低所得Ⅰ	市町村民税世帯非課税者であって、前年の公的年金等の収入金額等が80万9千円以下の場合	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ	市町村民税世帯非課税者であって、前年の公的年金等の収入金額等が80万9千円を超える場合	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税の課税年額が71,000円未満の場合(市町村民税世帯非課税者を除く。)	10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税の課税年額が71,000円以上251,000円未満の場合	20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税の課税年額が251,000円以上の場合	30,000円	20,000円	

備考

- 上記の表中「市町村民税の課税年額」とは次に掲げる対象者の区分に応じ、当該区分に掲げる者の地方税法の規定による市町村民税(同法の規定による特別区民税を含む。以下同じ。)の課税年額(同法第292条第1項第2号に掲げる所得割(同法第328条の規定によって課する所得割を除く。)の額に限る。)を合算した額をいう。
 - 対象者が第3条第2号ロからへまでの規定により医療に関する給付を受けている場合 対象者が当該規定による被保険者である場合にあっては当該対象者、対象者が当該規定による被扶養者である場合にあっては認定基準世帯員
 - 対象者が第3条第2号イ又はトの規定により医療に関する給付を受けている場合 当該対象者及び当該対象者に係る認定基準世帯員
- 上記の表中「市町村民税世帯非課税者」とは、対象者及び認定基準世帯員が、地方税法の規定による市町村民税を課されない者(特別区又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者を含むものとし、当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。)をいう。

3 上記の表中「公的年金等の収入金額等」とは、次に掲げるものを合算した額をいう。

- (1) 所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額
- (2) 地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額(所得税法第28条第1項に規定する給与所得を有する者については、当該給与所得は、同条第2項の規定により計算した金額(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第41条の3の11第2項の規定による控除が行われている場合には、その控除前の金額)から10万円を控除して得た額(当該額が零を下回る場合には、0とする。))によるものとし、所得税法第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から同項第1号に掲げる金額を控除して得た額とする。)。ただし、当該合計所得金額が零を下回る場合には、0とする。
- (3) 国民年金法(昭和34年法律第141号)に基づく障害基礎年金、遺族基礎年金及び寡婦年金並びに国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号。以下「昭和60年法律第34号」という。)第1条の規定による改正前の国民年金法に基づく障害年金
- (4) 厚生年金保険法(昭和29年法律第115号)に基づく障害厚生年金、障害手当金及び遺族厚生年金並びに昭和60年法律第34号第3条の規定による改正前の厚生年金保険法に基づく障害年金
- (5) 船員保険法に基づく障害年金及び障害手当金並びに昭和60年法律第34号第5条の規定による改正前の船員保険法に基づく障害年金
- (6) 国家公務員共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに国家公務員等共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第105号)第1条の規定による改正前の国家公務員等共済組合法に基づく障害年金
- (7) 地方公務員等共済組合法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに地方公務員等共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第108号)第1条の規定による改正前の地方公務員等共済組合法に基づく障害年金
- (8) 私立学校教職員共済法に基づく障害共済年金、障害一時金及び遺族共済年金並びに私立学校教職員共済組合法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第106号)第1条の規定による改正前の私立学校教職員共済組合法に基づく障害年金
- (9) 厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律(平成13年法律第101号)附則第16条第4項に規定する移行農林共済年金のうち障害共済年金、同条第6項に規定する移行農林年金のうち障害年金及び同法附則第25条第4項に規定する特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの
- (10) 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律(平成16年法律第166号)に基づく特別障害給付金
- (11) 労働者災害補償保険法(昭和22年法律第50号)に基づく障害補償給付及び障害給

付

(12) 国家公務員災害補償法(昭和26年法律第191号。他の法律において準用する場合を含む。)に基づく障害補償

(13) 地方公務員災害補償法(昭和42年法律第121号)に基づく障害補償及び同法に基づく条例の規定に基づく補償で障害を支給事由とするもの

(14) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律(昭和39年法律第134号)に基づく特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当並びに昭和60年法律第34号附則第97条第1項の規定による福祉手当

4 次に掲げる区分に該当する場合は、当該区分に掲げる額をもって一部負担額の限度額とする。

(1) 第12条の2第3項の規定による認定を受けた場合 0円(追加疾病に対する医療費助成に係る一部負担額に限る。)

(2) 医療費算定対象世帯員において他の難病認定患者がいる場合 難病認定患者に係る上記の表の階層区分に応じ、当該階層区分に定める額に当該難病認定患者及び当該他の難病認定患者に係る当該階層区分に掲げる額を合算した額をもって当該階層区分に掲げる額のうち最も高い額を除いて得た率を乗じて得た額

(3) 難病認定患者が支給認定患者等(難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第4項に規定する支給認定患者等をいう。以下同じ。)である場合又は医療費算定対象世帯員において支給認定患者等がいる場合 0円

(4) 難病認定患者が小児慢性特定疾病児童等(児童福祉法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等をいう。以下同じ。)である場合又は医療費算定対象世帯員において小児慢性特定疾病児童等がいる場合 0円

5 一部負担額の限度額に10円未満の端数が生じた場合には、端数は切り捨てるものとする。

別表第二 削除

(平一七規則七九)

別表第三(第二条一第五条、第八条関係)

(平一二規則三〇三・平一八規則一三二・一部改正)

疾病名	疾病の範囲	対象者	医療費助成の額
小児精神病	精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病(付随する軽易な傷病とは、入院医療を担当	東京都の区域内に住所を有する疾病の範囲の欄に掲げる疾病に罹患している者で、満十八歳未満の者。ただし、認定患者であって満十	診療報酬の算定方法により算定した額から医療保険各法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額(他の法令、条例又は他の規則の規

	当する精神病室の医療担当者において行い得る医療をいう。).	八歳に達した時点で引き続き医療を受ける場合は、満二十歳未満とする。	定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる場合は、更にその額を控除した額)とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りでない。
--	-------------------------------	-----------------------------------	--

別表第四 削除

(平一八規則一一)

別表第五(第二条一第五条、第八条、第十三条、第十三条の二関係)

(平二二規則三七・全改、平二六規則一六六・一部改正)

疾病名	疾病の範囲	対象者	医療費助成の額													
B型ウイルス肝炎、C型ウイルス肝炎	B型ウイルス肝炎又はC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病	東京都の区域内に住所を有する者で、疾病の範囲の欄に掲げる疾病に患しているもの	医療保険各法の規定による医療に関する給付を受ける場合は、医療保険各法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準により算定した額から医療保険各法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額(他の法令、条例又は他の規則の規定により国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる場合は、更にその額を控除した額)から次の表に定めるところにより対象者が医療機関等に支払う額(以下「一部負担額」という。)を控除した額とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りではない。													
			<table><tr><th colspan="2">階層区分</th><th>一部負担額(月額)</th></tr><tr><td>H</td><td>世帯が市町村民税非課税世帯の場合</td><td>〇円</td></tr><tr><td>A</td><td>世帯の市町村民税(所得割)課税額が二十万五千円未満の場合</td><td>一万円</td></tr><tr><td>D</td><td>世帯の市町村民税</td><td>二万円</td></tr></table>		階層区分		一部負担額(月額)	H	世帯が市町村民税非課税世帯の場合	〇円	A	世帯の市町村民税(所得割)課税額が二十万五千円未満の場合	一万円	D	世帯の市町村民税	二万円
			階層区分		一部負担額(月額)											
			H	世帯が市町村民税非課税世帯の場合	〇円											
A	世帯の市町村民税(所得割)課税額が二十万五千円未満の場合	一万円														
D	世帯の市町村民税	二万円														

			<div>(所得割)課税額が二十 三万五千円以上の 場合</div>
			<p>備考</p> <p>1 市町村民税は、申請日の属する年度（申請日の属する月が四月から六月までの場合にあつては、前年度）分の市町村民税とする。</p> <p>2 市町村民税非課税世帯とは、対象者及び対象者と同一の世帯に属する者全員が市町村民税非課税者である世帯をいう。</p> <p>3 世帯の市町村民税(所得割)課税額とは、対象者及び対象者と同一の世帯に属する者全員のそれぞれの市町村民税の所得割の額の合計額をいう。</p>

別表第六(第二条一第五条、第八条、第十三条、第十三条の二関係)

(令三規則二九六・全改、令五規則二・令六規則一三六・令六規則一六八・一部改正)

疾病名	疾病の範囲	対象者	医療費助成の額
B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん	<p>同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療(同一の保</p>	<p>東京都の区域に住所を有する者で、疾病名の欄に掲げる疾病に罹患しているものであつて、次に掲げる全ての要件に該当するもの</p> <p>一 医療保険各法の規定による被保</p>	<p>対象者が知事が別に定める医療を受ける場合の医療費助成の額は、次に掲げる額とする。ただし、知事が必要と認めた場合はこの限りではない。</p> <p>一 対象者が高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療を受ける場合は、医療保険各法の規定による医療又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準により算定した額から医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額(他の法令、条例又は他の規則の規定により国</p>

又は 重度 肝硬 変	<p>険者における自己負担額が健康保険法施行令(大正十五年勅令第二百四十三号)第四十一条第七項に規定する特定疾病給付対象療養に係る高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)</p> <p>又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関若しくは保険薬局で行われた高療該当肝がん外来関係医療若しくは高療該当肝が</p>	<p>険者若しくは被扶養者又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者のうち、保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は保険医療機関若しくは保険薬局において肝がん外来関係医療に関し、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による給付を受けているもの</p> <p>二 医療費助成の額の欄の表階層区分H又はAに該当する者</p> <p>三 肝がん・重度肝硬変の治療効果、患</p>	<p>又は地方公共団体の負担による医療に関する給付が行われる場合は、更にその額を控除した額)(以下「高療自己負担月額」という。)</p> <p>から次の表に定めるところにより対象者が負担する額(以下「一部負担額」という。)を控除した額とする。</p> <table data-bbox="788 604 1323 1975"> <tr> <th colspan="3">階層区分</th><th>一部負担額(月額)</th></tr> <tr> <td rowspan="2">H</td><td>七十歳未満の場合</td><td>医療保険の自己負担限度額の適用区分がオに該当する者</td><td rowspan="2">〇円</td></tr> <tr> <td>七十歳以上の場合</td><td>医療保険の自己負担限度額の適用区分が低所得者Ⅰ又は低所得者Ⅱに該当する者</td></tr> <tr> <td rowspan="3">A</td><td>七十歳未満の場合</td><td>医療保険の自己負担限度額の適用区分がエに該当する者</td><td rowspan="3">診療報酬明細書ごとに一万円</td></tr> <tr> <td>七十歳以上七十五歳未満の場合</td><td>医療保険の一部負担金の割合が二割とされている者(市町村民税非課税世帯を除く。)</td></tr> <tr> <td>七十五歳以上の場合</td><td>医療保険の一部負担金の割合が一割又は二割とされている者(市町村民税非</td></tr> </table>	階層区分			一部負担額(月額)	H	七十歳未満の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分がオに該当する者	〇円	七十歳以上の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分が低所得者Ⅰ又は低所得者Ⅱに該当する者	A	七十歳未満の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分がエに該当する者	診療報酬明細書ごとに一万円	七十歳以上七十五歳未満の場合	医療保険の一部負担金の割合が二割とされている者(市町村民税非課税世帯を除く。)	七十五歳以上の場合	医療保険の一部負担金の割合が一割又は二割とされている者(市町村民税非
階層区分			一部負担額(月額)																		
H	七十歳未満の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分がオに該当する者	〇円																		
	七十歳以上の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分が低所得者Ⅰ又は低所得者Ⅱに該当する者																			
A	七十歳未満の場合	医療保険の自己負担限度額の適用区分がエに該当する者	診療報酬明細書ごとに一万円																		
	七十歳以上七十五歳未満の場合	医療保険の一部負担金の割合が二割とされている者(市町村民税非課税世帯を除く。)																			
	七十五歳以上の場合	医療保険の一部負担金の割合が一割又は二割とされている者(市町村民税非																			

	<p>ん・重度肝硬変合算関係医療のうち、当該医療が行われた月以前の二十四月以内に、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受けた月数が既に一月以上あるものを要する当該疾病</p>	<p>者の生命予後や生活の質を考慮し、最適な治療を選択できるようにするための研究に協力することに同意し、第五条第一項第六号に規定する書類を知事に提出した者</p> <p>四 申請日の属する月以前の二十四月以内に、保険医療機関又は保険薬局において高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を既に一月以上受けている者</p>	<table border="1" data-bbox="788 255 1321 360"> <tr> <td data-bbox="788 255 842 360"></td><td data-bbox="842 255 965 360"></td><td data-bbox="965 255 1198 360">課税世帯を除く。)</td><td data-bbox="1198 255 1321 360"></td></tr> </table> <p>二 対象者が高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療を受ける場合は、高療自己負担月額と一部負担額との差額(一部負担額が一万円の場合で、高療自己負担月額が一万円以下である場合を除く。)とする。ただし、七十歳以上の対象患者のうち、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による外来に係る年間の高額療養費の支給の対象となるものについては、毎年八月から翌年七月までの間において、高療自己負担月額(肝がん外来関係医療に係るものに限る。)の合算額が十四万四千円を超える部分については、助成しない。</p> <p>三 前号に定めるもののほか、七十歳未満の対象患者が同号の規定により助成を受けた場合において、高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療(肝がん外来医療の実施に係るものに限る。)、高療該当肝がん外来関係医療又は高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療に係る助成後になお残る一部負担額の取扱いその他必要な事項は別に定める。</p>			課税世帯を除く。)	
		課税世帯を除く。)					

備考

- 1 「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」とは、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変患者に対して行われる入院医療で保険適用となっているもののうち、知事が別に定めるものをいう。
- 2 「肝がん外来関係医療」とは、B型肝炎ウイルス又はC型肝炎ウイルスによる肝がん患者に対して行われる分子標的治療薬を用いた外来医療その他の外来医療で保険適用となっているもののうち、知事が別に定めるものをいう。
- 3 「高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療」とは、肝がん・重度肝硬変入院関係医療のうち、同じ月に保険医療機関において対象患者が受けた医療であって、当該医療に係る一部負担額の合算額(高額療養費の算定方法の例により算定した一部負担額の合算額をいう。以下この表において同じ。)が高額療養費算定基準額を超えるものをいう。
- 4 「高療該当肝がん外来関係医療」とは、令和三年四月以降に行われた肝がん外来関係医療のうち、同じ月に保険医療機関及び保険薬局において対象患者が受けた医療であって、当該医療に係る一部負担額の合算額が高額療養費算定基準額を超えるものをいう。
- 5 「高療該当肝がん・重度肝硬変合算関係医療」とは、令和三年四月以降に行われた、同じ月における肝がん・重度肝硬変入院関係医療(肝がん外来医療の実施に係るものに限る。)及び肝がん外来関係医療の一部負担額の合算額が高額療養費算定基準額(対象患者が七十歳以上の場合は、入院・外来高額療養費算定基準額(入院医療及び外来医療に係る医療費の双方を対象とする高額療養費算定基準額をいう。))を超えるもの(高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は高療該当肝がん外来関係医療に該当するものを除く。)をいう。
- 6 階層区分Aについて、六十五歳以上七十五歳未満の者が後期高齢者医療制度に加入している場合は、七十五歳以上の場合の規定を準用するものとする。

別記

第1号様式(第5条関係)

難病医療費助成申請書兼同意書

患者

フリガナ

氏名

姓

名

性別

男・女

生年月日

年

月

日生

(満歳)

住所

郵便番号

区町

市村

丁目

番

号

(マンション名等)

号

様方

種類

協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢

本人・家族

記号

番号

保険者番号

1割・2割・3割

70歳以上又は後期高齢者医療制度に加入している場合の負担割合

申請者の氏名又は住所・電話番号が患者と同じ場合は該当する数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。

申請者

フリガナ

氏名

姓

名

1 患者氏名と同じ

2 患者住所・電話番号と同じ

郵便番号

区町

市村

丁目

番

号

(マンション名等)

号

様方

病状報告書

病名

1

2

3

介護認定

なし・有り (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)

身障手帳

なし・有り (級)

医療処置

なし・有り (人工呼吸器・吸引器・気管切開・酸素・胃ろう・経管栄養)

特定疾病の療養が必要であることを確認できる書類

なし・有り

現在の生活状況及び療養状況

1 生活のほぼすべてに介助が必要

2 生活の一部(歩行・食事・入浴・排せつ)に介助が必要

3 介助なく日常生活を送ることができる

ア 就労 イ 就学 ウ 自宅療養

エ 入院(医療機関名)

オ その他施設入所(施設名)

通院状況

医療機関名 () 回/1か月

私は、本申請書に添付した臨床調査個人票に記載された検査結果等を、治療研究基礎資料として厚生労働省及び東京都に提供すること並びに他道府県に転居する場合に転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

臨床調査個人票の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

年

月

日

東京都知事 殿

申請者氏名

申請受付年月日

年

月

日

収受印欄

(注)1 申請日前3か月以内に発行された①臨床調査個人票又は診断書及び②住民票の写しを添付してください。
2 医療費助成開始日は、規則に別に定めがある場合を除き、本申請書の受理日となります。

(日本産業規格A列4番)

臨床調査個人票												(新規)															
ふりがな						性別		1 男 2 女		生 年 月 日		年 月 日 (満 生 歳)															
氏 名																											
住 所		郵便番号 電話番号 ()				出 生 都 道 府 県				発病時在住 都 道 府 県																	
発病年月		年 月		初診年月日		年 月 日		保 険 別 種 別		1 協 2 組 3 共 4 国 5 後期 6 介 7 その他 ()																	
(各疾病ごとに認定基準上の必要事項を設問形式で掲載)																											
医療機関コード <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																											
医療機関名																											
医療機関所在地																											
担当医師 氏名																											
記載年月日 年 月 日																											
診断年月日 年 月 日																											
(注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。)。 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。 3 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。 4 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。 5 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。																											
(各疾病ごとに必要な注釈を掲載)																											

第2号様式の2(第5条関係)

スモン等・先天性血液凝固因子欠乏症等・人工透析・肝炎・肝がん・重度肝硬変用															
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・肝がん・重度肝硬変用)															
患者	ふりがな						生年月日				性別				
	氏 名														
	申請時住所	〒													
	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢													
	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						生年月日								
	氏 名						電話番号								
	住所	〒													
(肝炎に係る申請のみ記載してください。)*	一人目	ふりがな						生年月日				性別			
		氏 名													
		申請時住所	<input type="checkbox"/> ←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。 〒												
		医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢												
	二人目	個人番号 (マイナンバー)													
		ふりがな						生年月日				性別			
		氏 名													
		申請時住所	<input type="checkbox"/> ←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。 〒												
	三人目	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢												
		個人番号 (マイナンバー)													
		ふりがな						生年月日				性別			
		氏 名													
三人目	申請時住所	<input type="checkbox"/> ←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。 〒													
	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢													
	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。

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	<input type="checkbox"/> 患者	<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
		身元確認	<input type="checkbox"/> 代理人	<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()			
個人番号 確認	患者の個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し						
		<input type="checkbox"/> 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6と複写式とすること。

第2号様式の3(第5条関係)

難病医療費助成申請書兼同意書(東京都対象難病用)										受給者番号		
患者	フリガナ				性別	生年月日 (年齢)	年 月 日					
	氏 名	姓	名				(歳)					
	郵便番号			—		電話番号	()					
	住所	区 町 村 丁 目 番 号										
	(マンション名等)											
	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢				本人・家族						
	加入 医療保険等	保険者名称				記 号	番 号					
	70歳以上又は後期高齢者医療制度に加入している場合の負担割合								1割・2割・3割			
	(医療費の 申請者)	以下に該当する場合は□に印をつけてください。										フリガナ
<input type="checkbox"/> 患者氏名と同じ										氏 名	姓	
患者との続柄												
□父 □母 □子 □兄弟姉妹 □祖父 □祖母 □その他()												
郵便番号				—		電話番号	()					
住所		都 府 区 町 村 道 郷 市 街 丁 目 番 号										
(マンション名等)												
前名等の 情報		病名	①		②		③					
			④		⑤		⑥					
	その他 申請情報 該当する 場合は□ に印をつ けてくだ さい。	軽症かつ高額 【更新の場合のみ】 □ 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回以上あったため、「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。										
		<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も受けている※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も受けている※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。										
		高額かつ長期 【更新の場合のみ】 □ 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4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。自己負担上限額管理型の写し又は別に定める医療機関の療養証明を添付してください。										
本申請書に記載のとおり申請します。												
東京都知事 殿										年 月 日 申請者氏名		
収受印押印欄												

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	
											氏名		患者との続柄	
											氏名		患者との続柄	
											氏名		患者との続柄	
											氏名		患者との続柄	
	上記の者の うち右に 該当してい る者	フリガナ		生年月日	年 月 日									
		氏名		受給者番号										
		フリガナ		生年月日	年 月 日									
		氏名		受給者番号										
		フリガナ		生年月日	年 月 日									
小児慢性特定疾病の医療費 助成を受けている者	氏名		受給者番号											
フリガナ		生年月日	年 月 日	受給者番号										
氏名		受給者番号												

その他	介護認定	無 ・ 有(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)	身体障害者手帳	無 ・ 有(級)
	医療機関	無 ・ 有(人工呼吸器・吸引器・気管切開・酸素・胃ろう・経管栄養)		

生活・療養の 状況	1. 生活のほぼ全てに介護が必要 2. 生活の一部(歩行・食事・入浴・排泄)に介護が必要 3. 介助不要	
	ア. 就労 イ. 就学 ウ. 自宅療養 エ. 入院(医療機関名:) オ. その他施設入所(施設名:)	
通院状況	医療機関名() 回/1か月	

診断書の利用について の同意	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	【詳細確認ください。】 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等を受けられるよう、患者の方の同意の下に厚生労働省や東京都、区市町村の研究事業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しています。 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願う場合は、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。	

臨床調査 個人情報 記載の診断 年月日	年 月 日	【左記の「診断年月日」欄が、申請日から1か月以上前年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した理由をチェックしてください。】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人情報の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <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() <input type="checkbox"/> 特設の理由なしここにチェックした場合、医療費助成開始日について遡ることができる限度は1か月前の同じ日までとなります。
------------------------------	-------	--

※臨床調査個人情報の診断年月日を転記してください。臨床調査個人情報に診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、重症度分類を誤っていた場合は、改めて診断年月日を医師に確認する必要があります。

※医療費助成の開始日は、臨床調査個人情報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、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。

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											生年月日			性別		
	氏名																
	申請時住所	〒															
	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢															
	課税区市町村 ※1											課税情報取得に係る同意※2	<input type="checkbox"/> 同意する				
	受給者番号 (お持ちの方のみ)											高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											生年月日			
	氏名											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											生年月日			性別		
	氏名											<input type="checkbox"/> ←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。					
	申請時住所	〒															
	課税区市町村 ※1											課税地コード	<input type="checkbox"/> 同意する				
	個人番号 (マイナンバー)																
二人目	ふりがな											生年月日			性別		
	氏名											<input type="checkbox"/> ←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。					
	申請時住所	〒															
	課税区市町村 ※1											課税地コード	<input type="checkbox"/> 同意する				
	個人番号 (マイナンバー)																
三人目	ふりがな											生年月日			性別		
	氏名											<input type="checkbox"/> ←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。					
	申請時住所	〒															
	課税区市町村 ※1											課税地コード	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 患者 <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()	
	個人番号確認	患者の個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 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
でご注意ください。)

第2号様式の5(第5条関係)

情報照会(有・無)

F□

申請書提出日: 年 月 日

都難病用

個人番号に係る調査 (東京都対象難病用)

<div>患者</div> <div>□ 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</div> <div>□ 被保険者の場合チェック</div> <div>□ 同一保険の場合チェック</div>	ふりがな											生年月日			性別			
	氏名																	
	申請時住所	〒																
	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢																
	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											生年月日			
	氏名											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

<div>一人目</div> <div>□ 被保険者の場合チェック</div> <div>□ 同一保険の場合チェック</div> <div>□ F</div> <div>二人目</div> <div>□ 被保険者の場合チェック</div> <div>□ 同一保険の場合チェック</div> <div>□ F</div> <div>三人目</div> <div>□ 被保険者の場合チェック</div> <div>□ 同一保険の場合チェック</div> <div>□ F</div>	ふりがな											生年月日			性別			
	氏名																	
	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)																	
	ふりがな											生年月日			性別			
	氏名																	
	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)																	
	ふりがな											生年月日			性別			
	氏名																	
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	<div>□ 患者</div> <div>□ 代理人</div>	<div>□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</div> <div>□障害者手帳 □その他()</div>
		代理権の確認(代理申請の場合のみ確認)	<div>□戸籍謄本(法定代理人) □委任状(任意代理人)</div> <div>□その他()</div>	
	個人番号 確認	患者の個人番号の確認	<div>□個人番号カード □通知カード □住民票の写し</div> <div>□その他()</div>	

備考 本調査は、第2号様式の4と複写式とすること。

(日本産業規格A列4番)

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・肝がん・重度肝硬変用												
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・肝がん・重度肝硬変用)												
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							生年月日			性別			
	氏名													
	申請時住所	〒												
	医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢												
	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							生年月日						
	氏名							電話番号						
	住所	〒												
(肝炎に係る申請のみ記載してください。)*	一人目	ふりがな							生年月日			性別		
		氏名												
		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。 〒											
		医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢											
		個人番号(マイナンバー)												
	二人目	ふりがな							生年月日			性別		
		氏名												
		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。 〒											
		医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢											
		個人番号(マイナンバー)												
	三人目	ふりがな							生年月日			性別		
		氏名												
		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。 〒											
		医療保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢											
		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()	

備考 本調書は、第2号様式の2と複写式とすること。

(日本産業規格A列4番)

人工呼吸器等装着者に係る診断書								
ふりがな		性別		生年月日	年	月	日生(満	歳)
氏名								
①人工呼吸器の使用について								
※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいう。								
人工呼吸器使用の原因となる疾病								
人工呼吸器の装着開始時期	年 月 から							
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器							
施行状況	1. 間欠的施行 2. 夜間に継続的に施行 3. 一日中施行 4. 現在は未施行							
離脱の見込み	1. あり 2. なし							
生活状況	食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助							
	椅子とベッド間の移動 1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助 ※軽度の介助：軽度の部分介助又は監視を要する 部分介助：座ることは可能であるがほぼ全介助							
	整容 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助							
	トイレ動作 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助							
	入浴 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助							
	移動 1. 自立 2. 軽度の介助 3. 部分介助 4. 全介助							
②体外式補助人工心臓の使用について								
体外式補助人工心臓の原因となる疾病								
体外式補助人工心臓の装着開始時期	年 月 から							
医療機関名								
医療機関所在地								
電話番号 ()								
医師の氏名 記載年月日： 年 月 日								
※1 人工呼吸器及び体外式補助人工心臓の使用の必要性が、医療費助成の対象となる疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。 ※2 人工呼吸器を装着している方については、以下のアからウまでを全て満たす方を想定しています。 <u>該当外の方は本診断書を作成する必要はありません。</u> ア「施行状況」の項目において「3. 一日中施行」に該当する。 イ「離脱の見込み」の項目において「2. なし」に該当する。 ウ「生活状況」の各項目において、いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当する。								

第4号様式(第5条関係)

診 断 書 (先天性血液凝固因子欠乏症等医療費助成申請用)																	
氏 名			性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)											
病 名 (該当するものに○を付けてください。)		1 第I因子(フィブリノゲン)欠乏症		5 第Ⅶ因子欠乏症(血友病A)		9 第XII因子(ヘイグマン因子)欠乏症											
		2 第II因子(プロトロンビン)欠乏症		6 第IX因子欠乏症(血友病B)		10 第XIII因子(フィブリン安定化因子)欠乏症											
		3 第V因子(不安定因子)欠乏症		7 第X因子(スチュアートブラウア因子)欠乏症		11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病症											
		4 第Ⅷ因子(安定因子)欠乏症		8 第XI因子(PTA)欠乏症													
診 断 の 内 容	現在の症状																
	診断に要した検査の内容																
	今 後 の 治 療 方 針																
	治 療 見 込 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで	入院 別 通院	入院・通院													
診療開始年月日		年 月 日			入 院 年月日	年 月 日											
病名決定年月日		年 月 日															
<div>上記のとおり診断します。</div> <div>年 月 日</div> <div>医療機関コード</div> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>医 療 機 関 名</div> <div>医療機関所在地</div> <div>担当医師 氏名</div>																	
<p>(注) 1 この診断書は、「先天性血液凝固因子欠乏症等」の医療費助成申請用です。</p> <p>2 診断日前6か月以内の資料に基づき記入してください。</p> <p>3 記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。</p> <p>4 診断書の有効期間は、診断日から起算して3か月以内です。</p>																	

第8号様式(第5条関係)

医療費助成申請書(新規・更新)

患 者	フリガナ											性別	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳)			
	氏 名	姓 名																
	住 所	郵便番号					―					電話番号	()					
		東京都 区町 丁目 番 号 市村 (マンション名等)										号 様方						
保 険	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保 (退職被保険者)										本人・家族						
	記 号			番 号				保険者番号										
病 名		1 2 3																
医 療 機 関	名 称																	
	所 在 地																	

申請者の住所・電話番号が患者と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。

申 請 者	フリガナ															
	氏 名	姓 名														
	住 所	1 患者住所・電話番号と同じ。														
		郵便番号					―					電話番号	()			
		東京都 区町 丁目 番 号 市村 (マンション名等)										号 様方				

上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者氏名

東京都知事 殿

申請受付 年 月 日	年 月 日	収受印欄	
---------------	-------	------	--

(注) 申請日前3か月以内に発行された①診断書及び②住民票の写し(続柄の記載のあるもの)を添付してください。

(日本産業規格A列4番)

第8号様式の2(第5条関係)

診 断 書 (小児精神病医療費助成申請用)																	
氏 名					性別	男・女	生年月日		年 月 日生 (満 歳)								
病 名																	
診 断 の 内 容	成育歴、経過、現在の症状及び入院の必要性																
	診断に要した検査の内容																
	今 後 の 治 療 方 針																
	治 療 見 込 期 間		年 月 日 から			入院通	精神科										
			年 月 日 ま で			院 別	入院・通院										
診療開始年月日		年 月 日			入 院	年 月 日											
病名決定年月日		年 月 日			年 月 日												
<div>上記のとおり診断します。</div> <div>年 月 日</div> <div>医療機関コード</div> <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> <div>医療機関名</div> <div>医療機関所在地</div> <div>担当医師 氏名</div> <div>㊦</div>																	
<div>(注) 1 この診断書は、「小児精神病」の医療費助成申請用です。</div> <div>2 診断日前6か月以内の資料に基づき記入してください。</div> <div>3 記入漏れのある場合は、認定できないことがありますので御注意ください。</div> <div>4 診断書の有効期間は、診断日から起算して3か月以内です。</div>																	

第10号様式(第5条関係)

B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成申請書																		
治療名		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)						
疾病名		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						
治療名		3 インターフェロンフリー治療(C型ウイルス肝炎)																
疾病名		慢性肝炎・代償性肝硬変・非代償性肝硬変																
患	フリガナ											性別	男 ・ 女	生年 月 日	年 月 日生 (満 歳)			
	氏 名	姓					名											
者	住 所	郵便番号					—					電話番号						
		東京都					区町											
		(マンション名等)					市村					丁目 番 号 号 様 方						
保 険 等	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢												本人・家族				
	記 号				番号					保険者番号								
	70歳以上又は後期高齢者医療制度に加入している場合の負担割合												1割・2割・3割					
本助成制度利用歴		1 あり 2 なし																
世帯員全員の区市町村民税の課税状況を証明する書類の提出		1 あり																
		2 なし(月額自己負担限度額が最高額となることを承諾した上で、添付を省略します。)																
申 請 者 (医療券の送付先)	1 患者の氏名と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。																	
	フリガナ																	
	氏 名	姓										名						
	2 患者の住所・電話番号と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。																	
住 所	郵便番号					—					電話番号							
	都府					区町												
	道県					市村					丁目 番 号 号 様 方							
(マンション名等)																		
<p>私は当該治療の効果・副作用等について説明を受け、治療することに同意し、また、本申請に基づく治療の結果等の情報が、個人を特定されない形式に処理された上で、国及び都の肝炎対策推進のために活用されること並びに他道府県に転居する場合には、申請時の情報が転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、ウイルス肝炎治療医療費助成を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>東京都知事 殿</p>																		
申 請 受 付 年 月 日		年 月 日										収受印欄						
<p>(注)1 申請日前3か月以内に発行された①診断書(都指定のもの)※、②住民票の写し(世帯全員分のもの)、③医療保険の資格を確認できる書類の写し、④区市町村民税の課税状況が証明できる書類(区市町村民税課税証明書、区市町村民税非課税証明書、区市町村民税額決定通知書又は区市町村民税納税通知書。満20歳未満の方を除く世帯全員分)を添付してください。</p> <p>※診断書について、核酸アナログ製剤治療を継続し更新申請する場合は、取扱いが異なります。詳細は、別途お送りする更新手続の御案内を御参照ください。</p> <p>2 世帯の課税額合算対象からの除外を希望する方がいる場合(配偶者は除外できません。)は、上記1の書類に加えて⑤区市町村民税合算対象除外申請書並びに⑥患者及び満20歳未満の方を除く世帯全員分の医療保険の資格を確認できる書類の写しを添付してください。</p> <p>3 電話番号欄については、日中に繋がる連絡先を御記入ください。</p>																		

(日本産業規格A列4番)

第11号様式(第5条関係)

B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成に係る診断書											
フリガナ		性別	生年月日(年齢)								
患者氏名		男・女	年 月 日生(満 歳)								
住 所	郵便番号										
	電話番号 ()										
(認定基準上の必要事項を設問形式で掲載)											
医療機関コード											
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
医療機関名											
医療機関所在地											
担当医師 氏名											
記載年月日 年 月 日											

(注) 1 診断書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です(核酸アナログ製剤治療を継続し更新申請する場合を除く。)

2 記載日前6か月以内(※)の資料に基づいて記載してください。(※)ただし、インターフェロン、インターフェロンフリー又は核酸アナログ製剤治療中の場合は治療開始時とし、核酸アナログ製剤治療を継続し更新申請する場合は更新前の医療券交付決定日から本診断書の記載日までの期間(ただし、本診断書の記載日から起算して1年より前の資料は使用できません。)とします。

3 記入漏れのある場合は認定できないことがありますので、御注意ください。

第14号様式(第6条関係)

通 知 書	
年 月 日付けで申請された医療費の助成については、下記の理由により認定できませんので、通知します。	
記	
様	非認定理由
先の申請について右のとおり決定いたしました。決定事項その他 についての問合せは、下記に連絡してください。	年 月 日 東 京 都 知 事
〔問合せ先〕	

大きさ
〔縦 89ミリメートル〕
〔横 206ミリメートル〕

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を定める規則(平成16年東京都規則第345号)別記第1に準じた教示の文を付すこと。

第17号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券 (本人負担なし)									
負担者番号									
受給者番号									×
対 象 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								
病 名									
保険者番号						適用区分			
有効期間									
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、その自己負担相当額全額							
認 定 条 件									
上記のとおり決定します。									
東 京 都 知 事									

大きさ
〔 縦 137ミリメートル 〕
〔 横 89ミリメートル 〕

(裏)

注 意 事 項

1 認定された病気で治療等を受けるときは、この医療券にマイナンバーカード又は健康保険若しくは介護保険の資格を確認できる書類を添えて医療機関等(病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション又は介護医療院)に提示してください。次の医療機関等では、自己負担金を徴収されません。

- (1) 東京都と契約している医療機関等
- (2) 東京都が開設する医療機関

※ 上記以外の医療機関等で自己負担金を徴収された場合は、医療費支給申請の手続をしてください。

なお、介護保険法による介護サービスのうち、この医療券で助成対象となるものは、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスの7種類です。

2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続をしてください。

- (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
- (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。

3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。

- (1) 有効期間が満了したとき。
- (2) 都外へ転出されたとき。
- (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
- (4) 治ゆ、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。

4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。

5 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続をしてください。

6 問合せ先

第18号様式(第7条関係)

(表)

東京都医療券													
負担者番号													
受給者番号											✕		
対象者	住所												
	氏名												
	生年月日												
病名	①												
	②												
	③												
有効期間													
月額自己負担 限度額													
高額 長期		軽症 高額		呼吸器 等		同一 世帯		特定 医療		階層		✕	
その他													
上記のとおり決定します。													
東京都知事													

大きさ
縦 137ミリメートル
横 89ミリメートル

(裏)

(行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を定める規則(平成16年東京都規則第345号)別記第1に準じた教示の文を付すこと。)

注 意 事 項

- 1 この券を交付された方は、標記の疾病について、この券の表面に記載された月額自己負担限度額までを保険医療機関等(病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション)に支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 2 保険医療機関等において診療等を受ける場合、マイナンバーカード又は医療保険の資格を確認できる書類に添えて、この券と自己負担上限額管理票(自己負担のある方のみ)とを必ず窓口に提示してください。
- 3 東京都と契約していない保険医療機関等では、この券は使えません。当該保険医療機関等で診療等を受け、保険を適用した自己負担額が上記限度額を超える場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。
- 4 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続きをしてください。
 - (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
 - (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
- 5 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。
 - (1) 有効期間が満了したとき。
 - (2) 都外へ転出されたとき。
 - (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
 - (4) 治癒等により、この医療券を使用しなくなったとき。
- 6 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続きを行うことができます。
- 7 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続きをしてください。
- 8 問合せ先

別紙

年 月分 自己負担上限額管理票					
受診 者名			受給者 番号		
自己負担上限月額				円 (円)	
日付	(指定) 医療機関名	医療費 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額 (月額)	徴収印
上記のとおり自己負担上限月額に達しました。					
日付	医療機関名				確認印

(日本産業規格A列5番)

第19号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券									
負担者番号									
受給者番号									X
対 象 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								
病 名									
有効期間									
助 成 内 容 等									
上記のとおり決定します。									
東 京 都 知 事									

大きさ
〔 縦 137ミリメートル 〕
〔 横 89ミリメートル 〕

(裏)

注 意 事 項

- 1 認定された病気で治療等を受けるときは、この医療券にマイナンバーカード又は医療保険の資格を確認できる書類を添えて医療機関等(病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション)に提示してください。次の医療機関等では、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除き1万円までの自己負担金を徴収されません。
 - (1) 東京都と契約している医療機関等
 - (2) 東京都が開設する医療機関

※ 上記以外の医療機関等で1万円までの自己負担金を徴収された場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。
- 2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続きをしてください。
 - (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
 - (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
- 3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。
 - (1) 有効期間が満了したとき。
 - (2) 都外へ転出されたとき。
 - (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
 - (4) 治ゆ、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。
- 4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続きをしてください。
- 5 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続きをしてください。
- 6 保険が変わったときは、特定疾病の療養が必要である旨の手続きを必ずしてください。
- 7 問合せ先

第21号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券									
(食事療養標準負担額のみ本人負担)									
負 担 者 番 号									
受 給 者 番 号									
対 象 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								
病 名									
有効期間									
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額							
認 定 条 件									
上記のとおり決定します。									
東 京 都 知 事									

大きさ

縦 137ミリメートル
横 89ミリメートル

(裏)

注 意 事 項

1 認定された病気について治療等を受けるときは、この医療券にマイナンバーカード又は医療保険の資格を確認できる書類を添えて医療機関等(病院、診療所、保険薬局等)に提示してください。次の医療機関等では、入院時の食事療養標準負担額を除き自己負担金を徴収されません。

- (1) 東京都と契約している医療機関等
- (2) 東京都が開設する医療機関

※ 上記以外の医療機関等で自己負担金を徴収された場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。

2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口を持参し、変更の手続きをしてください。

- (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
- (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。

3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。

- (1) 有効期間が満了したとき。
- (2) 都外へ転出されたとき。
- (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
- (4) 治ゆ、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。

4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続きをしてください。

5 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了の1か月前までに 区市町村の担当窓口で更新の手続きをしてください。

6 問い合わせ先

第22号様式(第7条関係)

(表)

④ 医 療 券									
(食 事 療 養 ・ 生 活 療 養 標 準 負 担 額 の み 本 人 負 担)									
負担者番号									
受給者番号									
対 象 者	住 所								
	氏 名								
	生年月日								
病 名									
有効期間									
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額							
認 定 条 件									
上記のとおり決定します。									
東 京 都 知 事									

大きさ
〔 縦 137ミリメートル 〕
〔 横 89ミリメートル 〕

(裏)

注 意 事 項

- 1 認定された病気で治療等を受けるときは、この医療券にマイナンバーカード又は医療保険の資格を確認できる書類を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示してください。この場合、東京都と契約している医療機関等又は東京都が開設する医療機関では、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除き自己負担額を徴収されません。これら以外の医療機関で自己負担額を徴収された場合は、医療費支給申請の手続をしてください。
- 2 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続をしてください。
 - (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
 - (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
 - (3) 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第5の階層区分が変更になったとき(満20歳未満の方を除く世帯全員について、市町村民税課税額を証明できる書類が必要です。)
- 3 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。
 - (1) 有効期間が満了したとき。
 - (2) 都外へ転出されたとき。
 - (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
 - (4) 治癒、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。
- 4 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。
- 5 B型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に罹患している方で、有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続をしてください。
- 6 問い合わせ先：東京都保健医療局保健政策部

電話番号

第23号様式(第7条関係)

(表)

東京都医療券									
(本人負担有り)									
負担者番号									
受給者番号									
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
月額自己負担 限度額		円							
認定条件									
上記のとおり決定します。									
東京都知事									

大きさ
〔 縦 137ミリメートル 〕
〔 横 89ミリメートル 〕

(裏)

注 意 事 項

1 認定された病気で治療等を受けるときは、この医療券にマイナンバーカード又は医療保険の資格を確認できる書類及び自己負担限度額管理票(別紙)を添えて医療機関等(病院、診療所又は保険薬局)に提示してください。この場合、医療券の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関等に支払うこととなります。

また、入院時の食事療養・生活療養標準負担額は、助成の対象となりません。

2 東京都と契約していない医療機関等では、この医療券は使えません。保険を適用した自己負担額が上記患者一部負担額を超える場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。

3 次の場合は、この医療券を区市町村の担当窓口で持参し、変更などの手続きをしてください。

- (1) 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
- (2) 医療保険の種類や記号・番号が変わったとき。
- (3) 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第5の階層区分が変更になったとき(満20歳未満の方を除く世帯全員について、市町村民税課税年額を証明できる書類が必要です。)

4 次の場合は、理由を添えてこの医療券を区市町村の担当窓口へお返しください。

- (1) 有効期間が満了したとき。
- (2) 都外へ転出されたとき。
- (3) 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
- (4) 治癒、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。

5 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続きをしてください。

6 B型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病に患っている方で、有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続きをしてください。

7 問い合わせ先：東京都保健医療局保健政策部

電話番号

備考 行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を定める規則(平成16年東京都規則第345号)別記1に準じた教示の文を付すこと。

別紙

(表)

自己負担限度額管理票 (B型・C型ウイルス肝炎治療医療費助成用)

受給者氏名		受給者番号							
-------	--	-------	--	--	--	--	--	--	--

年 月分 月額自己負担限度額 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

確認欄	日 付	医 療 機 関 名	確認印
	月 日		

日 付	医 療 機 関 名	自己負担額	月額自己負担額累計額	自己負担額徴収印
月 日				
月 日				

大きさ
〔 縦 89ミリメートル
横 174ミリメートル 〕

(裏)

日 付	医 療 機 関 名	自己負担額	月額自己負担額 累計額	自己負担額徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

第24号様式(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									性 別	
	郵便番号			電話番号			生年月日				
	住 所										
保 険 等											
申 請 者	フリガナ 氏 名										
	郵便番号			電話番号							
	住 所										

病状報告書

病 名	1	2					3					
介護認定	なし ・ 有り (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)										身障手帳	なし・有り(級)
医療処置	なし・有り(人工呼吸器・吸引器・気管切開・酸素・胃ろう・経管栄養)					特定疾病の療養が必要であることを確認できる書類					なし・有り	
現 在 の 生 活 状 況 及 び 療 養 状 況	1 生活のほぼすべてに介助が必要 2 生活の一部(歩行・食事・入浴・排せつ)に介助が必要 3 介助なく日常生活を送ることができる											
	ア 就労 イ 就学 ウ 自宅療養 エ 入院(医療機関名) オ その他施設入所(施設名)											
	通院状況 医療機関名() 回/1か月											

私は、本申請書に添付した臨床調査個人票に記載された検査結果等を、治療研究基礎資料として厚生労働省及び東京都に提供すること並びに他道府県に転居する場合に転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、上記疾病の医療費助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

臨床調査個人票の使用に当たっては、プライバシーの保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。

年 月 日

東京都知事 殿 申請者氏名

申請受付 年 月 日	年 月 日	収受印欄	
---------------	-------	------	--

難病医療費助成申請書(更新)兼同意書

患者

フリガナ
氏 名

郵便番号

電話番号
※日中つながら連絡先を
御記入ください。

生年月日

住 所

保 険 等

申請者

氏 名

郵便番号

電話番号
※日中つながら連絡先を
御記入ください。

患者との続柄

住 所

病名

①

②

③

④

⑤

⑥

その他
申請情報

該当する場
合は口印
をつけてく
ださい。

「軽微かつ高額」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、「軽微かつ高額」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。
☐ 人工呼吸器を使用している
☐ 体外式補助人工心臓を使用している
☐ 国の指定難病の医療費助成も受けている※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。
☐ 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医療受給者証を添付してください。
「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、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4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。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
療養証明等を添付してください。

診断書の利用についての同意 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した診断書については、患者の方が良質かつ適切な医療等を受けられるよう、患者の方の同意の下に厚生労働省や東京都、区市町村の研究事業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しています。
使用の際は、個人情報保護の取扱いに十分配慮し、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、勤労、日雇、組合又は共済の場合は、医療保険のみ記載してください。
難病の医療費助成を受けている者(難病を含む。)
上記の者及び患者本人のうら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

氏名

氏名

氏名

フリガナ

氏名

フリガナ

氏名

氏名

患者との続柄

患者との続柄

生年月日

生年月日

生年月日

受給者番号

受給者番号

受給者番号

受給者番号

「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、申請日より前にす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又は空欄の場合は、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()
☐ 特選の理由なし→ここにチェックした場合、医療費助成開始日について遡ることができる限度は1か月前の同じ日までとなります。
臨床調査個人票記載の診断年月日 年 月 日
※臨床調査個人票の診断年月日を転記してください。臨床調査個人票に記載のない場合は記載不要です。ただし、事例の結果、最低限度を遡らしている場合は、改めて診断年月日を医師に確認する必要があります。
※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基にした日(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、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。

東京都知事殿
本申請書に記載のとおり申請します。

年 月 日 申請者氏名

収受印押印欄

(日本産業規格A93番)

臨 床 調 査 個 人 票										(更 新)	
ふりがな				性別	1 男	生 年	年		月	日生	
氏 名					2 女	月 日	(満		歳)		
住 所	郵便番号			出 生 都 道 府 県		発 病 時 在 住 都 道 府 県					
	電話番号 ()										
発病年月	年	月	初診年月日	年	月	日	保 険 種 別	1 協 2 組 3 共 4 国 5 後 6 介 7 その他()			
(各疾病ごとに認定基準上の必要事項を設問形式で掲載)											
<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">医療機関コード</div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 20px;">医療機関名</div> <div style="margin-top: 20px;">医療機関所在地</div> <div style="margin-top: 20px;">担当医師 氏名</div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 記載年月日 年 月 日 診断年月日 年 月 日 </div>											
(注) 1 病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、認定基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません(ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。) 2 治療開始後における重症度分類については、認定基準上に特段の規定がない場合には、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。 3 診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。 4 記入漏れのある場合、鑑別診断が不十分な場合、添付資料に不足がある場合等は認定できないことがあります。 5 臨床調査個人票の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。											
(各疾病ごとに必要な注釈を掲載)											

第28号様式(第11条関係)

医 療 券 再 交 付 申 請 書										
フリガナ							性別	男・女	生年 月日	年 月 日生
患者氏名	姓				名					
住 所				—			電話番号	()		
	東京都			市村			丁目	番 号		
	(マンション名等)						号 様方			
申 請 理 由	1 破損した 2 汚した 3 紛失した									
	(理由)									
上記の理由により、医療券の再交付を申請します。										
年 月 日										
申請者氏名 _____										
患者との続柄()										
東京都知事 殿										
負担者番号							受 理 年 月 日	年 月 日		
受給者番号							収 受 印 欄			

難病医療費助成変更申請書										
申請者	公費負担番号									
	受給者番号									
	フリガナ									
	氏名		姓					名		性別
	郵便番号		〒		—		電話番号			
患者	住所		区 町 市 村 丁目 番 号 (マンション名等)							
	生年月日		年 月 日							
変更内容①	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使用することになった。 ※「人工呼吸器等装着者に係る診断書」を添付してください。									
	<input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓を使用することになった。 ※「人工呼吸器等装着者に係る診断書」を添付してください。									
	高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 申請日の属する月以前の12か月の間に、認定を受けた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回以上あった。 ※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を添付してください。									
	<input type="checkbox"/> 現在認定を受けている難病以外の疾病で小児慢性特定疾病の医療費助成を受けることになった。 ※当該医療費助成の医療受給者証を添付してください。									
	<input type="checkbox"/> 国の指定難病の医療費助成を受けることになった。 ※当該医療費助成の医療受給者証を添付してください。									
	<input type="checkbox"/> 同じ医療保険に加入している者に以下に該当する者がいる。 ※該当する方の医療保険の資格を確認できる書類の写し及び医療受給者証を添付してください。									
	フリガナ		氏名		生年月日		年 月 日		続柄	
	フリガナ		氏名		生年月日		年 月 日		続柄	
	フリガナ		氏名		生年月日		年 月 日		続柄	
	フリガナ		氏名		生年月日		年 月 日		続柄	
<input type="checkbox"/> 上記以外の事由で負担上限月額に変更がある。										
変更内容②	病名	①	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
		②	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
		③	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
		④	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
		⑤	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
		⑥	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除							
診断書の利用についての同意		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。								
どちらかの□に印をつけてください。		<input type="checkbox"/> はい				<input type="checkbox"/> 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等を受けられるよう、患者の方の同意の下に厚生労働省や東京都、区市町村の研究事業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しています。 使用の際は、個人情報の保護に十分配慮し、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。										
変更内容のうち「難病の追加」について申請する場合に御記入ください。 (変更内容①(負担上限月額)について申請する場合には、記入不要です。)										
臨床調査個人票記載の診断年月日	年 月 日	【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つていない場合は空欄の場合は、申請までに時間を要した理由をチェックしてください。】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <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() <input type="checkbox"/> 特段の理由なし→ここにチェックした場合、医療費助成開始日について遡ることができる限度は1か月前の同じ日までとなります。								
※臨床調査個人票の診断年月日を転記してください。臨床調査個人票に診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、重症度分類を満たしていた場合は、改めて診断年月日を医師に確認する必要があります。 ※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、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。										
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 申請者										
収受印欄										

第30号様式(第13条関係)

		変										更										届																			
医療券番号		負担者番号										患者氏名																													
		受給者番号																																							
下記の欄は、変更事項のみ記入してください。																																									
変 更 事 項		患 者	フリガナ												変更年月日		年 月 日																								
			氏 名	姓										名										性別	男・女	生年月日	年 月 日生														
				郵便番号										電話番号													()														
				住 所		東京都										区町市村											丁目 番 号 様方														
		保 険 等	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢																		本人・家族																			
記 号											番号										保険者番号																				
特定疾病の療養が必要であることを確認できる書類										有・無										負担割合										1割・2割・3割											
申 請 者	フリガナ	姓										名																													
		氏 名	姓										名																												
			郵便番号										電話番号										()																		
			住 所		東京都										区町市村										丁目 番 号 様方																
	別表第5の階層区分 (B型・C型ウイルス肝炎認定患者の方のみ記載してください。)																		H A D																						
別表第6の階層区分 (B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者の方のみ記載してください。)																		H A																							

(注) 1 患者氏名、住所を変更したときは、住民票の写し又は後期高齢者医療の医療保険の資格を確認できる書類の写しを添付してください。

2 難病認定患者の方で、加入する保険に変更があった場合は、保険者が知事に情報提供することに同意する旨の書類を添付してください。

なお、変更後の医療保険が被用者保険である場合は、市町村民税課税年額を証明できる書類又は所得税課税年額を証明する書類を添付してください。国民健康保険組合の場合は、世帯の被保険者全員分の市町村民税課税年額を証明できる書類を添付してください。

3 B型・C型ウイルス肝炎認定患者の方で、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第5の階層区分が変更になった場合は、住民票の写し(世帯全員分で続柄の記載のあるもの)及び世帯全員の市町村民税額を証明できる書類を添付してください。

4 B型・C型ウイルス肝がん・重度肝硬変認定患者の方で、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第6の階層区分が変更になった場合は、医療保険の自己負担限度額が確認できる書類の写しを添付してください。

5 電話番号欄については、日中に繋がる連絡先を御記入ください。

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日
届出者氏名 患者との続柄()

東京都知事 殿

受理年月日	年 月 日	収受印欄
-------	-------	------

該当する事項のみ記載してください。

変更後の 内容を記載 してください。	患者	フリガナ													性別				
		氏 名	姓										名						
		郵便番号								—				電話番号			()	
		住所	区 町 市 村										丁目	番 号					
		(マンション名等)																	
	加入 医療保険等	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期高齢										本人・家族						
		保険者名称											記 号	番 号					
												保険者番号							
		70歳以上又は後期高齢者医療制度に加入している場合の負担割合										1割・2割・3割							
医療費の 送付先	フリガナ																		
	氏 名	姓										名							
	郵便番号								—				電話番号			()		
	住所	区 町 市 村										丁目	番 号						
	(マンション名等)																		
追加保険料 納入済みの 場合と 同一の 扱い となる が、 「組合 医療費 協会の 加入者 と異なる 」と 記載 する 場合	氏名											患者との続柄							
	氏名											患者との続柄							
	氏名											患者との続柄							
	氏名											患者との続柄							
	氏名											患者との続柄							

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則第13条の規定により、記載のとおり届け出ます。

東京都知事 殿

届出日	年	月	日	変更事由発生日	年	月	日
患者本人	氏 名						
	住 所						
	電話番号					生年月日	年 月 日
	公費負担番号						
	受給者番号						

収受印欄

第32号様式(第14条関係)

東京都医療費助成対象者証明書														
本証明書の有効期間														
年 月 日から 年 月 日まで														
医療券番号		負担者番号										疾病名		
		受給者番号												
												適用区分		
記 号												番 号		
対 象 者	氏 名 (生年月日)		(年 月 日生)											
	住 所		東京都 区町 丁目 番 号 様方 市村											
助 成 内 容														
本 証 明 書 発 行 の 理 由		(1) 氏 名 変 更 (2) 住 所 変 更 (3) 破 損 等 (4) 医療保険の資格に関する 情報の変更 (5) その他() } の事務手続き中のため												

上記の者は、東京都医療費助成制度に基づく助成対象者であることを証明します。

年 月 日

(注) 本証明書は、新しい医療券が交付された場合、直ちに本証明書交付窓口へ返還してください。

(日本産業規格A列4番)

医療費支給申請書兼口座振替依頼書															
医療機関等証明書															
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				預金種別	1 普通		2 当座		3 貯蓄				
	支店名	・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。				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、本申請に際して、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)						(申請者) 受給者と申請者が同じ場合は記載不要です。									
〒()						〒()									
住 所						住 所									
氏名						氏名									
生年月日 年 月 日						受給者との続柄()									
電話番号						電話番号									
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)						(受任者/振込先口座名義人)									
住所						住所									
氏名						氏名									

医療機関等証明書														
申請理由 (いずれかに チェック)		<input type="checkbox"/> 有効期間内に主保険単独で支払をしたため <input type="checkbox"/> その他(理由を記載→)												
診療 機関	年月	保険種別	負担区分	高額療養費 制度の適用 区分を記載 (会計時に オンライン 等で確認し た場合)	入院 外未 調剤	別	受診日数	左記の うち、 有効期 間内で、 訪問看護 ステーション の活用 が認めら れた日数	1か月分の保険 期間内での公費 負担額の合計 (訪問看護ステ ーションの活用 が認められた 場合は総金額 を記載)	左記のうち有効 期間内での公費 負担額の合計 (訪問看護ステ ーションの活用 が認められた 場合は総金額 を記載)	窓口での患者 負担額 (注1)	※事務 処理 上の 関係 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 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
年 月	国保 社保 後期	1割 2割 3割			入院 外未 調剤		日		点(P) 点(P) ()×()=	点(P) 点(P) ()×()=	円			
注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険給付点数として窓口で支払った額(注 象疾病以外も含む。)の合計を記入してください。											合計		※食事療養・生 活療養標準 負担額含む	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 管理番号 電話番号 ()														
印														
記入者名 部署名 氏名 電話番号 (内線まで)														

(日本産業規格A列3番)

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/交付者本人) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____	(受任者/服込先名義人) 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____
---	--

所在地
施設名
管理者名
電話番号 ()

医療費支給申請書窓口振替依頼書

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										預金種別										1 普通										2 当座										3 貯蓄																																																									
	支店名	・ゆうちょ銀行への振込みも可能です。										口座番号(7桁)																																																																																							
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)																				(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										生年月日 年 月 日										電話										〒()										住 所										氏名										受給者との続柄()										電話									
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)																				(受任者/振込先口座名義人)																																																																															
住所																				住所																																																																															
氏名																				氏名																																																																															

医療機関等証明欄																													
申請理由 (いづれかにチェック) <input type="checkbox"/> 有効期限内に主保険単独で支払をしたため <input type="checkbox"/> その他(理由を記載→)																													
診療 機関	年月	保険種別	負担区分	高額療養費 制度の適用 区分を記載 (会計上、外 来、オンライン 等で確認し た場合)	入院 外未 調剤	別	受診日数	左記の うち、1か月分の保険 有期間総点数 (訪問看護 等、公費対象の 診療、検査、 処置、薬剤等 の点数)	左記のうち、有 効期間内で、公 費対象の保険 有期間総点数 (訪問看護 等、公費対象 の診療、検査 、処置、薬剤 等の点数)	左記のうち、有 効期間内で、公 費対象の保険 有期間総点数 (訪問看護 等、公費対象 の診療、検査 、処置、薬剤 等の点数)	窓口での患 者負担額 (円)	各事 務 理 由 (この欄 は記入 しない でくだ さい。)																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		円																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		円																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		円																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		円																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		円																	
年 月	国保 後期	1割 2割 3割		入院 外未 調剤			日	日	点(円)	点(円)		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。 ※食事療養費等負担額及び生活療養費等負担額は除きます。											合計		円																
上記のとおり証明します。										年 月 日										医療機関コード(7桁)									
所在地 施設名 管理人名 電話番号 ()										印										部署名 氏名 電話番号 (内線まで)									

第36号様式(第5条関係)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療券(新規・更新・転入)交付申請書																				
患 者	フリガナ													性別	男	生年	年 月 日生 (満 歳)			
	氏 名	姓						名							女	月 日				
	住 所	郵便番号						—					電話番号							
東京都 区町 市村 丁目 番 号 (マンション名等) 号 様方																				
保 險 等	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保(退職被保険者)・後期高齢														本人・家族				
	記 号							番号							保険者番号					
核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付の有無						現在、核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付を 1 受けている (交付を受けている場合は、申請月以前の24月以内 2 受けていない の「自己負担限度額管理票(B型・C型ウイルス肝 炎治療医療費助成用)」の写しを添付すること。)														
申 請 者 (医療券の送付先)	1 患者の氏名と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。																			
	フリガナ																			
	氏 名	姓											名							
	2 患者の住所・電話番号と同じ場合は数字に○を付け、異なる場合は下欄に記入してください。																			
住 所	郵便番号						—					電話番号								
	都府 区町 道県 市村 丁目 番 号 (マンション名等) 号 様方																			
<p>私は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、また、本申請に基づく治療の結果等の情報が、個人を特定されない形式に処理された上で、国及び都の肝炎対策推進のために活用されること並びに他道府県に転居する場合には、申請時の情報が転居先道府県に引き継がれることに同意した上で、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療券の(新規・更新・転入)交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>東京都知事 殿</p>																				
申 請 受 付 年 月 日		年 月 日										収受印欄								

第37号様式(第5条関係)

臨床調査個人票及び同意書

フリガナ 患者氏名			性別 男・女	生年月日(年齢) 年 月 日 (満 歳)	
住 所	郵便番号 電話番号 ()				
診 断 年 月	年 月	前医 (あれば記載する)	医療機関名 医師名		
検 査 所 見	(認定基準上の必要事項を設問形式で掲載)				
診 断 根 拠					
そ の 他 記載すべき 事 項					
診 断					
医療機関名及び所在地			記載年月日 年 月 日		
医師氏名					
同 意 書					
厚生労働省の研究事業について説明を受け、本研究事業の趣旨を理解し、臨床データ(臨床調査個人票等)を提供し、活用されることに同意します。					
同意年月日 年 月 日					
患者氏名 (代諾者の場合は代諾者の氏名)					

(日本産業規格A列4番)

第38号様式(第7条関係)

(表)

都 医 療 券								
(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証)								
(食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)								
負担者番号								
受給者番号								
対 象 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日							
保 険 等	保険者番号				適用区分			
	記号				番号			
有効期間								
自己負担月額		0円 ※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が0円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が0円となります。						
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち2月目以降の費用について、自己負担額を全額助成する。						
助成条件	同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に1月以上ある月のもの							
上記のとおり決定します。								
東 京 都 知 事								

(日本産業規格A列5番)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この医療券を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち2月目以降の費用について、患者一部負担の月額が0円になります。
- 2 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月のものに限られます。
- 3 指定医療機関の窓口での負担が0円となるのは、原則として、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合で、かつ、医療券の表面に記載されている保険者番号、記号・番号、適用区分に変更がない場合です。
- 4 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続をとることになります。
- 5 窓口負担が0円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果等によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
- 6 この医療券の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に、この医療券にマイナンバーカード又は医療保険の資格(限度額の区分を含む。)を確認できる書類、医療記録票等を添えて提示してください。
- 7 医療券の有効期間の満了後も引き続き本事業に参加することを希望する場合は、有効期間満了前に区市町村窓口で更新の手続を行ってください。
- 8 住所、氏名、保険種別、医療保険の記号・番号又は保険者番号等に変更があったとき(都外へ転出した場合を除く。)は、速やかに、区市町村の担当窓口で変更の手続を行ってください。
- 9 都外へ転出する場合(住民票を移した場合)において、転出後も本事業に参加し、医療券(参加者証)の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、交付申請書に、この医療券と転出先の道府県が定める交付申請書に添付する書類(住民票等)を添えて、転出先の担当窓口で手続を行ってください。
- 10 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合又は事業への参加を終了したい場合は、参加終了申請書にこの医療券を添えて区市町村の担当窓口で手続を行ってください。
- 11 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。
- 12 この医療券を交付された方が、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しなくなったときは、都は認定の取消しを行います。この場合、医療券の有効期間内であっても助成を受けることはできません。
- 13 問合せ先

第39号様式(第7条関係)

(表)

⑨ 医 療 券								
(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証)								
(本人負担有り)								
負担者番号								
受給者番号								
対 象 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日							
保 険 等	保険者番号				適用区分			
	記号				番号			
有効期間								
自己負担月額		同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円 ※裏面の注意事項3に該当する入院は窓口で自己負担額が1万円となりますが、その他の外来等は窓口で一部負担金(3割等の金額)を支払い、後日東京都に償還払いの請求を行うことにより自己負担額が1万円となります。						
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変関係医療の費用のうち2月目以降の費用について、自己負担月額が同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円となる。						
助成条件	同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)のうち、当該医療が行われた月以前の24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月が既に1月以上ある月のもの							
上記のとおり決定します。								
東 京 都 知 事								

(日本産業規格A列5番)

(裏)

注 意 事 項

- 1 この医療券を交付された方は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の参加者となり、2の条件を満たした場合に限り、別に定める対象医療の費用のうち2月目以降の費用について、患者一部負担の月額が、同一の指定医療機関及び保険者ごとに1万円になります。
- 2 本事業において助成対象となる医療は、原則として、過去24月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月数が既に1月以上ある場合であって、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療(自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。)を受けた月のものに限られます。
- 3 指定医療機関の窓口での負担が1万円となるのは、同一の月に、一つの指定医療機関における1回の入院で、肝がん・重度肝硬変入院関係医療の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えた場合で、かつ、医療券の表面に記載されている保険者番号、記号・番号、適用区分に変更がない場合です。
- 4 肝がん外来関係医療及び注意事項3に該当しない肝がん・重度肝硬変入院関係医療は、償還払いの手続をとることになります。
- 5 窓口負担が1万円になった場合でも、審査支払機関の審査の結果等によっては、条件を満たさないことになり、追徴となる可能性があるので留意してください。
- 6 この医療券の交付を受けた際は、必ず、受診等をする指定医療機関及び保険薬局に、この医療券にマイナナンバーカード又は医療保険の資格(限度額の区分を含む。)を確認できる書類、医療記録票等を添えて提示してください。
- 7 医療券の有効期間の満了後も引き続き本事業に参加することを希望する場合は、有効期間満了前に区市町村窓口で更新の手続を行ってください。
- 8 住所、氏名、保険種別、医療保険の記号・番号又は保険者番号等に変更があったとき(都外に転出した場合を除く。)は、速やかに、区市町村の担当窓口で変更の手続を行ってください。
- 9 都外へ転出する場合(住民票を移した場合)において、転出後も本事業に参加し、医療券(参加者証)の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに、交付申請書に、この医療券と転出先の道府県が定める交付申請書に添付する書類(住民票等)を添えて、転出先の担当窓口で手続を行ってください。
- 10 厚生労働省の研究事業に協力することの同意の撤回を希望する場合又は事業への参加を終了したい場合は、参加終了申請書にこの医療券を添えて区市町村の担当窓口で手続を行ってください。
- 11 この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続をしてください。
- 12 この医療券を交付された方が、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第六医療費助成の額の欄の表の階層区分の欄に規定する者に該当しなくなったときは、都は認定の取消しを行います。この場合、医療券の有効期間内であっても助成を受けることはできません。
- 13 問合せ先

第40号様式(第5条関係)

(1枚目)

肝がん・重症肝硬変治療研究促進事業医療記録票															
氏名		生年月日 年 月 日													
住所															
保険種別		保険者番号			医療保険の記号・番号										
(変更時)		(変更時)			(変更時)										
A欄	高額療養費 算定基準額	①入院		②多数回該当の場合		③外来		抗癌アナログ製剤治療に係る医療券の交付の有無							
								有 ・ 無							
B欄	年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	年														
	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月			
	B欄に記載する記号 の説明														
	○：入院が高額療養費算定基準額を超え、かつ月数要件を満たして事業の助成を受けた場合(現物給付の場合) △：高額療養費算定基準額(入院・外来高額療養費算定基準額)を超えた場合【上記の場合を除く】(多数回該当がある医療基準額を超えた場合) ▲：70歳以上の者が外来に係る高額療養費算定基準額を超えた場合(多数回該当がない医療基準額を超えた場合)														

(日本産量規格A例4番)

(2枚目)

肝がん・高度肝臓病治療研究促進事業医療記録票

氏名

生年月日

年

月

日

医療実績記載欄(○は医療機関記載欄、◆は保険薬局記載欄)

入院・ 通院日	退院日	調剤日	肝がん・重 度肝臓病特 定医療機関 の場合○印	医療機関名、保険薬局名	分子標的 薬等に係 る特等 の場合○印	特記事項が ある 場合○印	① 関係医師の 医療費総額 (10割分)	② 関係医師の 自己負担額 (0割等) ※円単位で記載	③ 月間累計 ②の月間累計 (0割等) ※円単位で記載	④ ※1	⑤ 関係医師の 自己負担額 (0割等) ※円単位で記載	⑥ 月間累計 ⑤の月間累計 (0割等) ※円単位で記載	⑦ ※2	⑧ 同じ月に入院欄の⑧ と退院欄の⑧の記載 がある場合は、その合 計額を記載 ※3	⑨ 関係医師の 窓口支払額
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										
				【記入者】 担当部署 担当者	【医療機関コード】 										

※1: ③の1月間の累計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合○印(印欄)には「○入」又は「△入」と記載
※2: ⑥の1月間の累計額がA欄③の基準額を超えた場合○印(印欄)には「○外」又は「△外」と記載
※3: ⑥の1月間の合計額がA欄①又は②の基準額を超えた場合B欄には「○入+△外」、「○入+▲外」、「○入+外」、「△入+△外」、「△入+外」、「入+▲外」(※1欄、※2欄に○印がない場合は「△合算」)のいずれかを記載

(日本産業規格A列4面)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療証明書 (指定医療機関以外の保険医療機関・保険薬局用)			
私は、下記のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業における指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局でウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けたので、関係資料を添えてその旨を証明します。			
氏名		生年 月日	年 月 日
住所			
保険者 番号		保険 種別	
医療保険の 記号・番号			
入院年月日	年 月 日から 年 月 日まで		
通院年月日	年 月 日	調剤年月日	年 月 日
医療機関等名			
医療内容等	関係資料のとおり(領収書、診療明細書等)		
【患者様へのお願い】 本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりになるものです。 当該保険医療機関又は保険薬局を受診等し、関係医療を受けたことを確認できる書類(領収書、診療明細書等)の写しを添付し、指定医療機関又は保険薬局を受診等する場合や償還払いの請求を行う場合に、医療記録票と併せて、指定医療機関、保険薬局又は東京都に提出してください。 医療記録票に記載しない保険医療機関又は保険薬局を受診等するたびに、本証明書を作成してください。 当該保険医療機関又は保険薬局に下記の「保険医療機関又は保険薬局記入欄」に必要事項を記入していただいた上で、指定医療機関、保険薬局又は東京都に本証明書を提出してください。 本証明書の内容について、東京都から当該保険医療機関又は保険薬局へ問合せをする場合がありますので、御了承ください。			
【保険医療機関又は保険薬局へのお願い】 本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりに患者様に提出していただくものです。 患者様から本証明書が提示されましたら、関係医療費担当の方の連絡先について下欄に必要事項を記入してください。			
《保険医療機関又は保険薬局記入欄》			
医療機関名 又は薬局名			
関係医療費 担当部署			
関係医療費 担当者			
直通電話			

(裏)

【備考】

○指定医療機関へのお願い

本証明書は、指定医療機関以外の保険医療機関又は保険薬局を受診等し、ウイルス肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療を受けた場合で、当該保険医療機関又は保険薬局が肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業医療記録票に記載しない場合に、医療記録票の代わりに患者様に提出していただくものです。

患者様から本証明書が提示されましたら、同時に提示される医療記録票に記載されている内容を踏まえて、医療記録票への記載や医療費の助成等の対応をお願いいたします。

なお、患者様が指定医療機関に初めて入院又は通院された方で、本証明書のみが提示された場合は、本証明書の
内容も踏まえて関係医療のカウントを行った上で、医療記録票への記載、交付等を行ってください。

【東京都記入欄】

[illegible]

第41号様式(第12条関係)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了申請書								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住 所								
フ リ ガ ナ								
氏 名								
生 年 月 日	年 月 日							
医 療 券 の 有 効 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日							
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 医療券(肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証)							
参 加 終 了 の 理 由 (任 意 記 載)	1 自分の臨床データを活用されたくない 2 医療費の助成を受けたくない 3 その他()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業について説明を受け、本事業の趣旨を理解し、厚生労働省の研究事業に臨床データ(臨床調査個人票)を提供し、活用されることに同意して本事業に参加していましたが、今般、事業への参加を終了することとしたいので申請します。</p> <p>なお、本申請書の受理日の属する月の末日まで、臨床データ(臨床調査個人票)が活用されることについてあらかじめ了承いたします。</p> <p>申請者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p>東京都知事 殿</p>								

(日本産業規格A列4番)

第42号様式(第12条関係)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加終了通知書								
公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								
住 所								
氏 名								
生 年 月 日								
医療券の有効期間 (直近のもの)								
助成制度の利用実績								
終 了 年 月 日								
終 了 の 理 由	1 参加終了申請書の提出 2 その他()							
<p>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業への参加は、上記終了年月日をもって終了とすることを通知する。なお、同日付をもって、本事業に関する臨床データ(臨床調査個人票等)の活用を終了するものとする。</p> <p>年 月 日</p> <p>東京都知事</p>								

(日本産業規格A列4番)

医療費支給申請書兼口座振替依頼書															
医療費支給申請 兼 医療機関等証明 欄															
医療費の支給を申請する月について、「医療記録票」の内容に基づき申請者が記入してください。 ただし、医療記録票がない場合に、下欄を医療機関に記入していただいた上で「医療機関等証明書」として提出することも可能です。 (申請者は医療機関等ごとに枚数が必要です。)															
負担者番号		1		3											
受給者番号															
住所		平(一)													
氏名															
生年月日		年		月		日									
右記のとおり、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 年 月 日															
(申請者) ※受給者以外が申請する場合のみ記載															
氏名 住 所															
氏名 受給者との続柄()															
電話 電話															
※医療費支給申請の対象額は勘定額ではありません。 (勘定額は自己負担額等を控除し、再計算して算出します。)															
【医療機関記載欄】※「医療機関証明書」として提出する場合のみ医療機関が記入															
上記のとおり証明します。 年 月 日															
[医科1・調剤4] [医科1・調剤4] 医療機関コード(7桁)															
所在地 施設名 記入者名															
管理番号 氏名															
電話番号 () 印 電話番号(内線まで)															
(注)医療費支給申請に当たっては、以下の書類を添付してください。															
1 請求に係る医療費が確認できる領収書及び診療明細書等															
2 医療費を請求する月の肝がん・重症肝臓癌治療研究促進事業医療記録票(別記第40号様式)の写し															
3 医療費を請求する月の前23月以内に高額療養費算定基準額を超えた月(カウント月)が1月以上あることが分かる肝がん・重症肝臓癌治療研究促進事業医療記録票等(別記第40号様式又は別記第40号様式の2)の写し															
4 核酸アナログ製剤治療に係る医療券の交付を受けている場合は、医療費を請求する月及びカウント月の8型肝表に係る自己負担額管理票(別記第23号様式別紙)の写し															

第44号様式(第12条関係)

(表)

第 号
年 月 日

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業認定取消決定通知書

様

東京都知事

東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則第12条第4項の規定による肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る認定の取消しについて、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 取消しの理由
- 2 備考

(日本産業規格A列4番)

(裏)

行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示

- 1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、東京都知事に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、東京都を被告として(訴訟において東京都を代表する者は東京都知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。

附則別記様式(附則第11項関係)

(平30規則76・全改、令元規則30・一部改正)

別記

第1号様式(第5条関係)

(平26規則200・全改、平30規則76・令元規則30・令6規則168・一部改正)

第2号様式(第5条関係)

(平15規則180・全改、平16規則117・平16規則205・平20規則76・平21規則11・
平29規則119・令3規則234・令5規則134・一部改正)

第2号様式の2(第5条関係)

(平28規則178・追加、令元規則30・令3規則234・令6規則168・令7規則135・一
部改正)

第2号様式の3(第5条関係)

(令5規則134・全改、令6規則168・一部改正)

第2号様式の4(第5条関係)

(令3規則234・全改、令6規則168・一部改正)

第2号様式の5(第5条関係)

(令3規則234・追加、令6規則168・一部改正)

第2号様式の6(第5条関係)

(令3規則234・追加、令6規則168・令7規則135・一部改正)

第3号様式(第5条関係)

(平26規則200・追加、平28規則178・旧第2号様式の3繰下、令元規則30・令5規
則134・一部改正)

第4号様式(第5条関係)

(平27規則31・全改、令元規則30・令3規則234・一部改正)

第5号様式から第7号様式まで 削除

(平17規則79)

第8号様式(第5条関係)

(平15規則180・追加、平20規則76・平21規則11・令元規則30・一部改正)

第8号様式の2(第5条関係)

(平27規則31・追加、令元規則30・一部改正)

第9号様式 削除

(平18規則11)

第10号様式(第5条関係)

(平30規則76・全改、令元規則30・令3規則234・令5規則2・令6規則168・一部改
正)

第11号様式(第5条関係)

(平20規則76・全改、平22規則37・平26規則166・平30規則76・一部改正)

第12号様式 削除

(平26規則200)

第13号様式 削除

(平18規則11)

第14号様式(第6条関係)

(平17規則79・全改、令3規則234・一部改正)

第15号様式及び第16号様式 削除

(平26規則200)

第17号様式(第7条関係)

(平26規則200・全改、平27規則207・平30規則76・令3規則234・令4規則163・令6規則38・令6規則168・一部改正)

第18号様式(第7条関係)

(平26規則200・全改、平30規則76・令元規則30・令3規則234・令6規則168・一部改正)

第19号様式(第7条関係)

(平26規則200・全改、平30規則76・令3規則234・令4規則163・令6規則168・一部改正)

第20号様式 削除

(平17規則79)

第21号様式(第7条関係)

(平12規則303・追加、平13規則245・平14規則87・一部改正、平15規則180・旧第14号様式の2繰下、平16規則265・平18規則214・令3規則234・令4規則163・令6規則168・一部改正)

第22号様式(第7条関係)

(平23規則5・全改、平30規則76・令3規則234・令4規則163・令5規則50・令6規則168・一部改正)

第23号様式(第7条関係)

(平20規則76・全改、平22規則37・平23規則5・平26規則166・平30規則76・令3規則234・令5規則50・令6規則168・一部改正)

第24号様式(第10条関係)

(平26規則200・全改、令元規則30・令6規則168・一部改正)

第24号様式の2(第10条関係)

(令5規則134・追加)

第25号様式(第10条関係)

(平15規則180・追加、平16規則117・平16規則205・平20規則76・平21規則11・

平23規則5・平29規則119・令5規則134・一部改正)

第26号様式及び第27号様式 削除

(平17規則79)

第28号様式(第11条関係)

(平13規則245・全改、平15規則180・旧第20号様式繰下・一部改正、平20規則76・
平26規則200・令元規則30・一部改正)

第29号様式(第12条の2関係)

(令5規則134・全改、令6規則168・一部改正)

第30号様式(第13条関係)

(平26規則200・全改、平30規則76・平30規則133・令元規則30・令5規則2・令6
規則168・一部改正)

第31号様式(第13条関係)

(平30規則76・全改、令元規則30・令6規則168・一部改正)

第32号様式(第14条関係)

(平21規則107・全改、平30規則133(平30規則146)・令元規則30・令3規則234・
令6規則168・一部改正)

第33号様式(第16条関係)

(令3規則234・全改、令6規則168・一部改正)

第34号様式(第16条関係)

(令3規則234・全改、令6規則168・一部改正)

第34号様式の2(第16条関係)

(令3規則234・全改)

別記第35号様式(第16条関係)

(令3規則234・全改、令6規則168・一部改正)

第36号様式(第5条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令3規則296・令6規則136・一
部改正)

第37号様式(第5条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令3規則296・一部改正)

第38号様式(第7条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令2規則130・令3規則234・令
3規則296・令6規則136・令6規則168・一部改正)

第39号様式(第7条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令2規則130・令3規則234・令
3規則296・令6規則136・令6規則168・一部改正)

第40号様式(第5条関係)

(令6規則136・全改、令6規則168・一部改正)

第40号様式の2(第5条関係)

(令3規則296・全改、令6規則168・一部改正)

第41号様式(第12条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令3規則296・一部改正)

第42号様式(第12条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令3規則234・一部改正)

第43号様式(第16条関係)

(令3規則296・全改、令6規則136・一部改正)

第44号様式(第12条関係)

(平30規則133(平30規則146)・追加、令元規則30・令3規則234・一部改正)