

第6号様式 (第8条関係)

指定医指定内容変更届

東京都知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、次のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

届出日 年 月 日

届出者

氏名	〒	電話番号	①
		ファクシミリ	
現住所	〒		
指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医 (どちらかに○を付けてください。)		
指定医番号			
主たる勤務先の医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

変更後の内容 (変更のあった事項のみ記載してください。)

変更事由発生日 年 月 日

氏名 ※	〒		
現住所	名称		
	所在地		
	電話番号		
	担当する診療科名		
主たる勤務先の医療機関	名称		
	電話番号		
	担当する診療科名		

※ 氏名を変更した場合は、当該変更を証明する書類 (住民票の写し等) を添付してください。

(日本工業規格A列4番)

第7号様式 (第9条関係)

指定医指定辞退申出書

東京都知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、次のとおり辞退します。

申出日 年 月 日

申出者

氏名	〒	電話番号	①
		ファクシミリ	
現住所	〒		
指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医 (どちらかに○を付けてください。)		
指定医番号			
主たる勤務先の医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

辞退年月日 年 月 日

辞退の理由

--

※指定医指定通知書を添付してください。

(日本工業規格A列4番)

第8号様式 (第10条関係)

### 指定医指定通知書再交付申請書

東京都知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第10条の規定に基づき、指定医指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者

氏名	〒		電話番号	FAX	
現住所					
生年月日	年	月	日	年齢	歳
性別	男・女		医籍登録番号	年	月
指定医の種類	難病指定医・協力難病指定医 いすねかに○を付けてください。				
指定医番号					
主たる勤務先の医療機関	名称				
	所在地				
	電話番号				

再交付申請理由 (いすねかに○を付けてください。)

- 1 指定医指定通知書を破損したため (※1)
- 2 指定医指定通知書を汚損したため (※1)
- 3 指定医指定通知書を亡失又は滅失したため (※2)

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医指定通知書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。

(日本工業規格A列4番)

第9号様式 (第11条関係)

### 特定医療費 (指定難病) 受給者証

(表)

公費負担者番号									
受給者番号									
住所									
氏名									
生年月日	年	月	日	日生					
保護者 <small>(患者者が18歳未満の場合)</small>	住所								
	氏名								
続柄									
①									
②									
③									
保険者番号									適用区分
有効期間									
負担上限月額									
指定医療機関	名称								
	所在地								
	所在地								
所在地	名称								
	所在地								
高額長期	重症認定	軽症患者	呼吸器等	同一世帯					

上記のとおり、認定する。

年 月 日 東京都知事 印

(日本工業規格A列5番)

(裏)

(行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づき告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に準じた告示の文を付すこと。)

注意事項

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された月額自己負担限度額までを保健医療機関等(病院、診療所、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できます。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、保険証(高齢受給者証の交付を受けている方は、保険証及び高齢受給者証)に添えて、この証と自己負担限度額管理票(自己負担のある方のみ)を必ず窓口にて提出してください。
- 都道府県の指定を受けていない保険医療機関等では、この証は使用できません。
- 次の場合は、この証を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続を行ってください。
  - 氏名又は住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
  - 保険証の種類が変わったとき(同意書等の書類が必要です。)
  - 保険証の記号・番号が変わったとき。
  - 後期高齢者医療又は高齢受給者証による医療の給付が受けられるようになったとき(受給資格がなくなったりも手続が必要です。)
- 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行うことができます。
- 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2か月前までに区市町村の担当窓口で更新の手続をしてください。
- 問合せ先

第10号様式(第12条関係)

通 知 書

年 月 日付付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

非認定理由

年 月 日

東 京 都 知 事

印

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。  
(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き告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に準じた告示の文を付すこと。





第14号様式 (第18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

医療受給者証番号	負担者番号					疾病名	適用区分
	受給者番号						
氏名 (生年月日)							
住所		東京都	区町 市村	丁目	番 号	様方	

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) 保 険 証 の 変 更 (5) その他 (      )
-----------	--

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、新しい医療受給者証が交付された場合、直ちに本証明書交付窓口へ  
 返還してください。

(日本工業規格A列4番) 印

第15号様式 (第19条関係)

特定医療費支給認定取消決定通知書

第      号  
年      月      日

様

東京都知事      印

記

1 取消しの理由

2 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。)

(日本工業規格A列4番)

第16号様式(第20条関係)

医療費支給申請書兼口座振替依頼書

患者氏名, 受給者証番号, 生年月日, 住所, 電話番号, 申請額

※1 医療機関等の窓口でお支払いになった金額のうち、高額療養費に相当する部分は高額療養費から支給されません。

振込先(口座), 振替口座, 振替名義, 振替種別, 振替金額

- (注) 1 患者が未成年の場合は、保護者が申請者になつて下さい。
2 \*欄は、記入しないでください。
3 本欄の中は、必ず記入してください。
4 口座振替のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入して下さい。
5 患者が未成年の場合は、患者本人の口座を指定して下さい。患者本人以外の方の口座を指定する場合は、委任状(裏面を参照下さい。)が必要です。

療養証明書欄

Table with columns: 療養年月, 保険種別, 負担区分, 入院別, 日数, 診療調剤費, 診療点数, 自己負担額, 備考

都の助成対象医療費を上記のとおり領収しました。年 月 日

【 医科 3 歯科 3 調剤 4 看護 6 】

(日本工業規格A列4第)

第17号様式(第20条関係)

介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書

患者氏名, 受給者証番号, 生年月日, 住所, 電話番号, 申請額

※1 介護サービス受給者へお支払いになった金額のうち、高額介護サービス費に相当する部分は高額療養費から支給されません。

振込先(口座), 振替口座, 振替名義, 振替種別, 振替金額

- (注) 1 \*欄は、記入しないでください。
2 本欄の中は、必ず記入してください。
3 口座振替のフリガナは、金融機関の通帳に登録したとおりに記入して下さい。
4 患者本人の口座を指定して下さい。患者本人以外の方の口座を指定する場合は、委任状(裏面を参照下さい。)が必要です。

介護給付費利用者負担額証明書欄

Table with columns: 介護年月, 負担区分, 施設別, 実日数, 単位数, 利用者負担額, 公費外費, 自己負担上限月額, 備考

上記のとおり領収しました。

【 医科 1 歯科 3 調剤 4 看護 6 】

(日本工業規格A列4第)





第 号

難病医療費助成指定医療機関指定書

指定医療機関の開設者の住所  
(法人の場合は、法人の所在地)  
指定医療機関の開設者の氏名  
(法人の場合は、法人の名称)

難病の患者に対する医療等に関する法律  
第14条第1項  
第15条第1項  
の規定により

下記のとおり  
指定医療機関に指定  
指定医療機関の指定を更新  
します。

年 月 日

東京都知事



記

- 1 指定医療機関の名称及び所在地
- 2 指定の有効期間
- 3 その他

(日本工業規格A列4番)

(表)

難病医療費助成指定医療機関変更届

指定年月日	年	月	日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所
変更事由発生日	年	月	日	
名称	変更前			
	変更後			
所在地	変更前			
	変更後			
電話番号	変更前			
	変更後			
コード※	変更前			
	変更後			
住所又は所在地	変更前			
	変更後			
氏名又は名称	変更前			
	変更後			
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)	変更前			
	変更後			
役員 の 職 ・ 氏 名 (開設者が法人の場合)	裏面に記載してください。			

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等  
名称 :  
所在地 :  
コード※ :  
開設者  
住所 (法人にあっては所在地) :  
電話番号 :  
氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) :

印

東京都知事 殿

※ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

(日本工業規格A列4番)

第21号様式 (第24条関係)

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届

指定年月日	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所
届出事由発生年月日	年 月 日	
届出事由	1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 その他 (該当するものに○を付け、内容・理由欄を記載してください。)	
内容・理由 (届出事由が「その他」の場合は、必ず記載してください。)		

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等  
名称 :  
所在地 :  
コード※ :  
開設者  
住所 (法人にあっては所在地) :  
電話番号 :  
氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) :  
東京都知事 殿

印

※ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

(日本工業規格A列4番)

(変更前)

(異)

職名	氏名

(変更後)

職名	氏名

※ 欄が不足する場合は、別添のとおり記載し、役員名簿を添付してください。

難病医療費助成指定医療機関辞退申出書

指定年月日	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所
辞退年月日	年 月 日	
辞退の理由  		

※難病医療費助成指定医療機関指定書を添付してください。

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により申し上げます。

年 月 日

医療機関等  
 名称：  
 所在地：  
 コード※：  
 開設者  
 住所（法人にあっては所在地）：  
 電話番号：  
 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：  
 東京都知事 殿

印

※ 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

(日本工業規格A列4番)

難病医療費助成指定医療機関指定通知書再交付申請書

指定年月日	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所
再交付申請理由 (いずれかに○を付けてください)  1 指定医療機関指定通知書を破損したため (※1) 2 指定医療機関指定通知書を汚損したため (※1) 3 指定医療機関指定通知書を亡失又は滅失したため (※2)		

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第26条の規定により申請します。

年 月 日

医療機関等  
 名称：  
 所在地：  
 コード※3：  
 開設者  
 住所（法人にあっては所在地）：  
 電話番号：  
 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）：  
 東京都知事 殿

印

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定通知書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定通知書を発見したときは、当該指定医療機関指定通知書を速やかに知事に返還してください。

※3 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

(日本工業規格A列4番)

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十六年十二月二十六日

東京都知事 舛 添 要 一

●東京都規則第九十五号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（昭和四十一年東京都規則第百六十九号）の一部を次のように改正する。

第一条第一項第七号中「同条第八項」を「同条第五項」に改め、同条第二項第一号中「同条第十項」を「同条第七項」に改める。

第四条から第六条までを次のように改める。

第四条及び第五条 削除

（小児慢性特定疾病医療費の支給認定等）

第六条 法第十九条の三第一項の規定による医療費支給認定の申請は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書（別記第十一号様式）に次に掲げる書類（第二号に掲げる書類は、ヒト成長ホルモン治療を行う場合に限る。）を添付して行うものとする。

一 小児慢性特定疾病医療意見書（別記第十一号の二様式）

二 小児慢性特定疾病成長ホルモン治療用意見書（新規）（別記第十一号の三様式）

三 世帯調査書

2 知事は、前項及び第六項の規定による申請があつた場合において、法第十九条の三第三項の規定により医療費支給認定を行ったときは小児慢性特定疾病医療受給者証（別記第十一号の四様式。以下「医療受給者証」という。）を交付し、医療費支給認定を行わなかつたときは非認定通知書（別記第十一号の五様式）を交付するものとする。

3 児童福祉法施行規則（昭和二十三年厚生省令第十一号。以下「規則」という。）第七條第三項の規定により医療費の支給を受ける場合は、医療費支給申請書兼口座振替依頼書（別記第十一号の六様式）により、知事に対して申請を行うものとする。

4 規則第七條の九第三項又は規則第七條の二十七の規定による変更の手續は、変更届（別記第十一号の七様式）により行うものとする。

5 規則第七條の九第三項の規定による医療受給者証の再交付の申請は、医療受給者証再交付申請書（別記第十一号の八様式）により行うものとする。

6 医療受給者証の有効期間を過ぎて継続して医療費支給認定を受けようとする法第六條の二第二項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「小児慢性特定疾病児童等」という。）の保護者は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（更新）兼同意書（別記第十一号の九様式）に第一項第一号及び第三号に掲げる書類及び小児慢性特定疾病成長ホルモン治療用意見書（継続）（別記第十一号の十様式）（ヒト成長ホルモン治療を行う場合に限る。）を添えて知事に提出しなければならない。

7 知事は、第四項の規定による変更届を受理した場合で医療受給者証の記載事項に変更があつたとき、又は第五項の規定による医療受給者証再交付申請書を受理した場合は、医療受給者証の再交付を行うまでの間、小児慢性特定疾病児童等であることの証明として、保護者に対し東京都医療費助成対象者証明書（別記第十一号の十一様式）を交付するものとする。

8 保護者は、医療受給者証の再交付を受けた場合には、前項の東京都医療費支給認定対象者証明書を直ちに知事に返還しなければならない。この場合において、再交付が医療受給者証を失つたことによるものであつて、その後当該医療受給者証を発見したときは、保護者は規則第七條の二十三第四項の規定により速やかにこれを知事に返還しなければならない。

9 知事は、法第十九條の六第一項の規定による支給認定の取消しを行ったときは、小児慢性特定疾病医療費支給認定取消決定通知書（別記第十一号の十二様式）により保護者に通知するものとする。この場合において、小児慢性特定疾病医療費支給認定取消決定通知書を受けた保護者は、同条第二項の規定により医療受給者証を速やかに知事に返還しなければならない。

10 医療受給者証に記載されている有効期間が過ぎた場合は、保護者は当該受給者証を速やかに知事に返還しなければならない。第六條の次に次の五條を加える。

(小児慢性特定疾病の重症患者認定等)

第六条の二 小児慢性特定疾病児童等のうち、令第二十二條第一項第二号口の規定に該当する者(以下「重症患者」という。)としての認定を受けようとする者は、小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書(別記第十一号の十三様式)を知事に提出しなければならない。ただし、この申請を前条第一項の規定による申請と同時に行う場合であつて、小児慢性特定疾病医療意見書又は身体障害者手帳、障害年金証書等の写しにより障害の程度が確認できるときは、法第十九条の三の規定による医師(以下「小児慢性特定疾病指定医」という。)による小児慢性特定疾病重症患者認定申請書兼診断書の記入を要しない。

2 前項の規定による申請に係る認定については、前条第二項の規定を準用する。この場合において、同項中「非認定通知書(別記第十一号の五様式)」とあるのは、「重症度非認定通知書(別記第十一号の十四様式)」と読み替えるものとする。

(小児慢性特定疾病指定医の指定申請等)

第六条の三 規則第七条の十一の規定による申請書は、小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書(別記第十一号の十五様式)によるものとする。

2 規則第七条の十四の規定による届出は、小児慢性特定疾病指定医変更届(別記第十一号の十六様式)により行うものとする。

3 規則第七条の十五の規定による届出は、小児慢性特定疾病指定医辞退届(別記第十一号の十七様式)により行うものとする。

4 知事は、小児慢性特定疾病指定医を指定したときは、小児慢性特定疾病指定医指定書(別記第十一号の十八様式)を当該指定医に交付するものとする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の指定申請等)

第六条の四 規則第七条の二十九第一項から第三項までの規定による申請は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書(別記第十一号の十九様式)によるものとする。

2 規則第七条の三十五の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関変更届(別記第十一号の二十様式)により行うものとする。

3 規則第七条の三十六の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関休止等届(別記第十一号の二十一様式)により行うものとする。

4 規則第七条の三十七の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届(別記第十一号の二十二様式)により行うものとする。

5 知事は、指定小児慢性特定疾病医療機関を指定したときは、指定小児慢性特定疾病医療機関指定書(別記第十一号の二十三様式)を当該指定医療機関に交付するものとする。

(小児慢性特定疾病審査会の委員の定数)

第六条の五 法第十九条の四第一項に規定する小児慢性特定疾病審査会の委員の定数は、八人以上とする。

(実施細目)

第六条の六 知事は、この細則に定めるもののほか、小児慢性特定疾病医療支援に関し必要な細目を定めることができる。

第七条第一項中「児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号。以下「規則」という。)」を「規則」に改める。

第七条の二中第二項を削り、第三項を第二項とし、第四項を第三項とし、第五項を第四項とし、同条第六項中「その担当する結核種別の変更を承認したときは療育機関結核種別変更承認書(別記第十二号の十様式)」を、それぞれ「を削り、同項を同条第五項とする。

第七条の三及び第七条の四を削る。

第八条第一項第二号中「三十九万円」を「四十万四千元」に改める。

第十一条の二中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

第三十三条第二項を削り、同条第三項中「第一項」を「前項」とし、同項を同条第二項とする。

別表第一中「~~指定医療機関~~」を「~~指定発達支援医療機関~~」に改める。

別表第二を次のように改める。

別表第二 削除

別記第五号様式から第十一号様式までを次のように改める。

別記第五号様式から第十号様式まで 削除

第11号様式(第6条関係)
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書

Application form for medical fee support for children with chronic diseases. Includes fields for patient name, sex, birth date, residence, insurance, and medical history.

別記第十一号様式の次に次の二十二様式を加える。

Additional forms for the application, including sections for medical history, current symptoms, and consent. Includes checkboxes for agreement and fields for doctor information.

第11号の3様式 (第6条関係)

小児慢性特定疾病成長ホルモントリ治療用薬品書

受給者番号 ( )		性別		年 月 日 (満 歳)	
氏名		男・女		生年月日	
① 現在の身長 ( ) cm ② 1年前の身長 ( ) cm ③ 2年前の身長 ( ) cm 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
④ 現在の体重 ( ) kg ⑤ 1年前の体重 ( ) kg ⑥ 2年前の体重 ( ) kg 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
⑦ 現在の骨密度 ( ) ⑧ 1年前の骨密度 ( ) ⑨ 2年前の骨密度 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
⑩ 現在の成長速度 ( ) cm/年 ⑪ 1年前の成長速度 ( ) cm/年 ⑫ 2年前の成長速度 ( ) cm/年 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
⑬ 現在の骨年齢 ( ) 歳 ⑭ 1年前の骨年齢 ( ) 歳 ⑮ 2年前の骨年齢 ( ) 歳 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
⑯ 現在の骨質 ( ) ⑰ 1年前の骨質 ( ) ⑱ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
⑳ 現在の骨質 ( ) ㉑ 1年前の骨質 ( ) ㉒ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㉓ 現在の骨質 ( ) ㉔ 1年前の骨質 ( ) ㉕ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㉖ 現在の骨質 ( ) ㉗ 1年前の骨質 ( ) ㉘ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㉙ 現在の骨質 ( ) ㉚ 1年前の骨質 ( ) ㉛ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㉜ 現在の骨質 ( ) ㉝ 1年前の骨質 ( ) ㉞ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㉟ 現在の骨質 ( ) ㊱ 1年前の骨質 ( ) ㊲ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㊳ 現在の骨質 ( ) ㊴ 1年前の骨質 ( ) ㊵ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㊶ 現在の骨質 ( ) ㊷ 1年前の骨質 ( ) ㊸ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㊹ 現在の骨質 ( ) ㊺ 1年前の骨質 ( ) ㊻ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㊼ 現在の骨質 ( ) ㊽ 1年前の骨質 ( ) ㊾ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					
㊿ 現在の骨質 ( ) ㊻ 1年前の骨質 ( ) ㊼ 2年前の骨質 ( ) 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 測定日 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日					

(日本工業規格A列4番)

第11号の4様式 (第6条関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証

公費負担者番号		性別	
受給者番号			
氏名			
住所			
生年月日			
氏名		続柄	
住所			
病名			
保険者番号		適用区分	
有効期間		入院時変事療養費	
月額自己負担上限額		自己負担	
高額長期		人工呼吸器等	
重症認定		同一世帯	
指定医療機関			
認定条件			

上記のとおり認定します。  
 年 月 日  
 東京都知事  
 (日本工業規格A列5番)