

第11号の7様式(第6条関係)

変更届

受給者証番号	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。

フリガナ	変更年月日	年	月	日
氏名	性別	男・女	生年月日	年
住所	東京都	区部	市町村	丁目
電話番号	〒	〒	〒	〒
種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保	(注)継続被保険者	本人・家族	様方
保険記号	番号	保険者番号	所得階級区分	号
世帯構成	1	2	3	号
変更事項	自己負担額に該当する場合、当該項目に○をつける等別記(※)をつけること。	重症申請	人工呼吸器等装着	高齢かつ長期
受診医療機関	名称	所在地	名称	所在地
氏名	フリガナ	親類	父・母・その他	号
住所	東京都	区部	市町村	丁目
電話番号	〒	〒	〒	〒

(※)○重症申請…重症認定基準を満たしている ○人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している ○高齢かつ長期…医療費総額が5万円/月(医療保険の自己負担割合が2割の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月6年間6回以上ある ○世帯内区分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

上記のとおり変更しましたので、必要書類を添えて届け出ます。

年 月 日 申請者氏名 東京都知事 殿

受理年月日 収受印欄 (日本工業規格A列4番)

第11号の8様式(第6条関係)

医療受給者証再交付申請書

フリガナ	姓	名	性別	男・女	生年月日	年	月	日
患者氏名	東京都	区部	市町村	〒	〒	〒	〒	号
住所	東京都	区部	市町村	〒	〒	〒	〒	号
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、小児慢性特定疾病医療受給者証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	受給者番号	受理年月日	年	月	日
受給者番号		収受印欄			

(日本工業規格A列4番)

第11号の9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(更新)兼同意書

氏名	フリガナ	性別	性別
郵便番号	〒	電話番号	〒
住所	〒	生年月日	年 月 日
保険種別	1	保険者番号	番号
病名	1	2	3
医療機関	名称	所在地	〒
申請者	フリガナ	氏名	フリガナ
郵便番号	〒	電話番号	〒
住所	〒	性別	性別

申請者が御記入ください

印刷内容に変更があった場合は、上の欄の変更箇所を修正し、下の欄に変更箇所を記入してください。なお、患者又は申請者の氏名、住所の変更があった場合は、必ず住民票を所持してください。

年 月 日付で

患者氏名、患者住所
患者電話番号
保険証
申請者氏名、申請者住所
申請者電話番号

を変更しました。

同意のお願いを右に記載しておりますので、趣旨を御理解のうえ、下の欄の番号を○印で囲んでください。

私は、本申請書に添付した意見書に記載された検査結果等治療研究基礎資料として厚生労働省に提供することについて

1 同意します 2 同意しません

[注1] 意見書の取扱いに当たっては、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。
[注2] 同意の有無は医療支援・非認定に影響することはありません。

重症患者の認定を申請する方へ

長期にわたり継続して人工呼吸器等の生命維持管理装置を装着していますか。該当する方に○をつけてください。

1 装着している 2 装着していない

高額かつ長期
医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年6回以上ありますか。

1 はい 2 いいえ

上記疾病の医療費の支給を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

東京都知事 殿 申請者氏名

東京府	東京府	東京府	東京府	東京府
東京府知事 殿	東京府知事 殿	東京府知事 殿	東京府知事 殿	東京府知事 殿
重症申請	所得階層	同一世帯	高額長期	重症認定
有				
				人工呼吸器等

(日本工業規格A列4番)

第11号の10様式 (第6条関係)

小児慢性特定疾病成長ホルモントラジ用意見書(継続)

受給者番号	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
患者氏名	フリガナ	部分病名			

該当するの□に○を記入し、必要の場合()に記述

A. 治療の経過の概要 () に記述

成長ホルモン(GH)治療の効果 (あり・ありに思ふ・判定不能・なしに思ふ・なし)

GH治療と成長が及ぶと思われる有無 (なし・あり) 詳細: ()

GH治療の有無 (なし・あり) 詳細: ()

必須項目 1年間の身長増加 () cm/年

測定月日	開始日	51年前	約半年前	最近
測定月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身長	cm	cm	cm	cm
体重	kg	kg	kg	kg
二次性徴	(なし・あり)	(なし・あり)	(なし・あり)	(なし・あり)
成長ホルモン治療量 (mg/kg/週)				
併用薬 (副作用の有無)				

最近の所見

骨年齢 () 歳 () か月

身長SDスコア () SD

ブレイクアウト症候の場合 → 脈管炎 ()

腎臓病(下)による成長遅延の場合 → 検査日 () 年 () 月 () 日

上記のとおり診断します。

医師職名 及び 所在地

医師名

小児慢性特定疾病認定番号

(日本工業規格A列4番)

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	区市町村	丁目	番	号	備考			
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)

小児慢性特定疾病医療費支給認定取消決定通知書

第 年 月 日 号

様

年 月 日付けで行った小児慢性特定疾病医療費支給認定については児童福祉法第19条の6第1項の規定に基づき、下記の理由により取り消すことに決定したので、通知します。

取消理由

受給者証を 返還していただき、

返還先住所 年 月 日 返還期限

(日本工業規格A列4番)

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11号の13様式(第6条の2関係)

(表)

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書

「申請書」欄は申請者が、「診断書」欄は担当医師が記入してください。

小児慢性特定疾病重症患者認定申請書 (申請者が記入してください。)

東京都知事 殿
関係書類を添えて重症患者認定を申請します。

申請者住所
年 月 日

申請者氏名
氏名

受給者証の受給者番号 (新規申請の場合は記入不要です。)

生年月日 年 月 日

性別

患者の病歴について該当する番号を○で囲んでください。1、2に該当する場合はその対象部位も記入してください。

- 1 重症患者認定基準の対象である(部位)
2 重症患者認定基準の対象である(部位)
3 上記疾病により、その属する疾患群の重症患者認定基準の項目に該当する場合は、この欄は、「診断書」欄の必要事項を担当医師が記入してください。ただし、新規又は変更申請と同時に本申請を行う場合は、「診断書」欄の必要事項に必要事項の記入がある場合は、「診断書」欄に担当医師が記入する必要があります。

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

1 全ての疾病において、次に掲げる症状のうち、1つ以上はなおね6か月以上継続すると思われる場合

Table with 2 columns: 対象部位 (Target Site) and 症状の状況 (Symptom Status). Rows include 眼 (Eye), 聴覚機能 (Hearing Function), 上肢 (Upper Limb), and 下肢 (Lower Limb).

1歳以上の児童において、体幹の機能に座ることができる程度又は立ち上ることができる程度...

Table with 2 columns: 該当項目 (Applicable Items) and 該当理由 (Reason for Applicability). Rows include 炎症性腸病 (Inflammatory Bowel Disease), 慢性新生物 (Chronic Neoplasm), etc.

(日本工業規格A列4番)

(裏)

診断書 (担当医師が記入してください。)

患者氏名

病歴

1 小児慢性特定疾病重症患者認定基準(後面)を判断してください。1に該当する場合は、次の項目も記入してください。ただし、身体障害1・2級、障害年金1級の認定を受けており、手術又は治療のコピーを添付できる場合は、記入する必要はありません。

1) 対象部位(該当する対象部位を○で囲み、下部の必要事項を記入してください。)

(2) 鑑別診断

Table for differential diagnosis with columns for 鑑別診断 (Differential Diagnosis), 鑑別理由 (Reason for Differential Diagnosis), and 検査結果 (Test Results).

検査の履歴(下表に掲げる項目のうち、いずれか1つ以上の所見があるもの)

両耳の聴力(耳が100デシベル以上の所見があるもの)

両上肢の機能に著しい障害を有するもの

両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの

一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの

一上肢の機能を全く喪失したもの

両下肢の機能を全く喪失したもの

両下肢を足関節以上で欠くもの

1歳以上の児童において、腰膝が、正座、あぐら、膝すわりのいずれかできないもの又は、臥位又は座位から自力のみで立ち上がり、他人、柱、杖、その他の器物の介助又は補助により初めて立ち上がることができる程度

Table for medical history with columns for 症状 (Symptoms), 検査結果 (Test Results), and 備考 (Remarks).

2 小児慢性特定疾病重症患者認定基準(後面)を判断してください。2に該当する場合は、次の項目を記入してください。ただし、新規又は変更申請と同時に本申請を行う場合は、小児慢性特定疾病重症患者認定基準に必要事項の記入がある場合は、記入する必要があります。

Table for medical history with columns for 対象部位 (Target Site) and 症状の状況 (Symptom Status). Rows include 炎症性腸病 (Inflammatory Bowel Disease), 慢性新生物 (Chronic Neoplasm), etc.

1歳以上の児童において、体幹の機能に座ることができる程度又は立ち上ることができる程度...

(日本工業規格A列4番)

注1 この重症患者認定申請書診断書により重症患者認定した患者は、上記疾病の治療に係る医療費の自己負担分が軽減されます。注2 記入欄のないある番号や鑑別診断が不十分な場合は、認定できないこととなりますのでご注意ください。注3 診断書の有効期間は、記載日から3か月です。

重症度非認定通知書

様

年 月 日付けで申請された重症度認定については、認定できませんので、下記のとおり通知します。

記

1 申請対象者

様

2 非認定理由

年 月 日
東京都知事 印

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と。

縦 137ミリメートル
横 89ミリメートル
大きさ

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

東京都知事 殿

年 月 日

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

氏名	①	性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒		電話番号	()	
医籍登録番号	第 号	医籍登録年月日	年 月 日		
主たる勤務先の医療機関	名称	〒			
	所在地				
	電話番号 担当する 診療科名				
※上記以外にも都内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。					
診断又は治療に從事した期間及び病院等名称	従事した期間		従事した病院等の名称		
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			
	年 月 ~	年 月			
計		年 月 ~	年 月		
指定要件	専門医資格 ※詳細を 別紙に記すこと	専門医の名称	専門医の 認定機関		
	知事が 行う研修	研修の名称	研修修了 年月日	年 月 日	

(注) 記載上の留意事項

- 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
- 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。なお、5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。
- 指定要件は「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに○をさせていただき、必要事項を記載してください。

(日本工業規格A列4番)

(第)

○表面の記載以外の勤務先医療機関 (医療意見書を作成する場合に限る。)

1	名称	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
	名称	
	所在地	
2	電話番号	
	担当する診療科名	
	名称	
	所在地	
3	電話番号	
	担当する診療科名	
	名称	
	所在地	
4	電話番号	
	担当する診療科名	
	名称	
	所在地	
5	電話番号	
	担当する診療科名	

第11号の16様式 (第6条の3関係)

小児慢性特定疾病指定医変更届

年 月 日

東京都知事 殿

指定医氏名 印

指定医番号 ()

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり変更したので、児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき届け出ます。

記

指定医氏名	変更前	変更後
居住地及〇連絡先		
勤務先の医療機関名		
医療機関所在地	電話番号	
	担当する診療科	
変更年月日	年 月 日	

(日本工業規格A列4番)

第11号の17様式 (第6条の3関係)

小児慢性特定疾病指定医師退届

年 月 日

東京都知事 殿

氏名 印
指定医番号 ()

児童福祉法第19条の3第1項の規定による小児慢性特定疾病指定医について、
下記の理由により指定を辞退したいので、児童福祉法施行規則第7条の15の規定
に基づき届け出ます。

記

- 1 指定医氏名、居住地及び連絡先
- 2 勤務先医療機関の名称及び所在地
- 3 辞退年月日
- 4 辞退の理由

(日本工業規格A列4番)

第11号の18様式 (第6条の3関係)

小児慢性特定疾病指定医指定書

第 号

様

児童福祉法第19条の3第1項に規定する小児慢性特定疾病指定医として、下
記のとおり指定する。

年 月 日

東京都知事

記

- 1 診療に従事する主たる医療機関名及び所在地
- 2 指定医番号
- 3 指定年月日
年 月 日

(日本工業規格A列4番)

第11号の19様式 (第6条の4関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

該当するものに○をつけてください。	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
	名称	所在地	電話番号
保険医療機関等	医療機関コード	住所	氏名又は名称
	電話番号	電話番号	電話番号
開設者	住所	氏名又は名称	電話番号
	氏名又は名称	電話番号	電話番号
役員名簿	役員	役員	役員
	役員	役員	役員
標榜している診療科名 <small>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)</small>			

上記のとおり、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を申請します。
 また、同法第19条の9第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

年 月 日

開設者
 住所(法人にあっては所在地)
 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

(日本工業規格A列4番)

第11号の20様式 (第6条の4関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

該当するものに○をつけてください。	病院・診療所	薬局	訪問看護事業者
	名称	所在地	電話番号
保険医療機関等	医療機関コード	住所	氏名又は名称
	電話番号	電話番号	電話番号
開設者	住所	氏名又は名称	電話番号
	氏名又は名称	電話番号	電話番号
役員名簿	役員	役員	役員
	役員	役員	役員
標榜している診療科名 <small>(薬局・訪問看護事業者は記載不要)</small>			

上記のとおり、児童福祉法第19条の14の規定により届け出ます。

年 月 日

開設者
 住所(法人にあっては所在地)
 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

(日本工業規格A列4番)

第11号の21様式 (第6条の4関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関休止等届

東京都知事 殿 年 月 日

開設者
住所 (法人にあつては所在地)
氏名 (法人名及び代表者氏名) 印

㊟

児童福祉法第19条の9第1項の規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり
休止した
廃止した
再開した
処分を受けた ので、児童福祉法施行規則第7条の36の規定により届け出ます。

記

- 1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地
- 2 休止、廃止、再開又は処分の時期
年 月 日
- 3 休止、廃止、再開又は処分の内容及び理由

(日本工業規格A列4番)

第11号の22様式 (第6条の4関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届

東京都知事 殿 年 月 日

開設者
住所 (法人にあつては所在地)
氏名 (法人名及び代表者氏名) 印
電話番号

児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関について、下記
 の理由により指定を辞退したので、児童福祉法第19条の15の規定に基づき届け出
 ます。

記

- 1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地
- 2 辞退年月日
年 月 日
- 3 辞退の理由

(日本工業規格A列4番)

第11号の23様式 (第6条の4関係)

第 号

指定小児慢性特定疾病医療機関指定書

開設者

年 月 日

児童福祉法第19条の9第1項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関として、下記のとおり指定する。

東京都知事

記

1 指定小児慢性特定疾病医療機関の名称及び所在地

2 指定年月日

年 月 日

(日本工業規格A列4番)

別記第十二号の五様式を次のように改める。

第12号の5様式 (第7条の2関係)

療育機関指定申請書

東京都知事 殿

年 月 日

開設者
住所(法人にあつては所在地)
氏名(法人名及び代表者氏名)

電話 ()



児童福祉法第20条第5項の規定による療育機関の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第11条の規定により下記のとおり申請します。

記

- 1 病院の名称及び所在地
- 2 標榜^{びょうぼう}している診療科名
- 3 建物の配置図及び平面図
- 4 結核にかかっている児童のみを收容する病室の位置及び收容定員
- 5 結核の診療を主として担当する医師の氏名及び略歴
- 6 結核の診療を行うために必要な設備の概要
- 7 結核にかかっている児童の療養生活の指導を担当する保育士その他の職員の氏名及び略歴
- 8 図書、遊具等結核にかかっている児童の療養生活の指導に必要な設備の概要
- 9 結核にかかっている児童のための特別支援学校、特別支援学級又は教員の派遣についての概要(生徒数、教員数等)

(日本工業規格A列4番)

別記第十二号の六様式を次のように改める。

別記第十二号の六様式 削除

別記第十二号の十様式を次のように改める。

別記第十二号の十様式 削除

別記第十三号様式から第十三号の十三様式までを次のように改める。

別記第十三号様式から第十三号の十三様式まで 削除

別記第二十二号様式中

指定医療機関				措置番号

を

指定発達支援医療機関				措置番号

に改める。

別記第二十三号の二様式中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

附則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

(経過措置等)

2 この規則の施行前に、児童福祉法の一部を改正する法律(平成二十六年法律第四十七号)附則第四条の規定によりなされた申請、届出その他の手続は、それぞれこの規則の相当の規定に基づいてなされた申請、届出その他の手続とみなす。

東京都女性福祉資金貸付条例施行規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 外 添 要 一

●東京都規則第九十六号

東京都女性福祉資金貸付条例施行規則の一部を改正する規則

東京都女性福祉資金貸付条例施行規則(昭和四十五年東京都規則第五十号)の一部を次のように改正する。

別表就学支度資金の部高等学校、高等専門学校、短期大学、大学、専修学校又は各種学校の項貸付けの限度額の欄中「、高等専門学校」を削り、「若しくは短期大学」の下に「、国、地方公共団体、独立行政法人国立高等専門学校機構若しくは公立大学法人が設置する高等専門学校」を、「、短期大学」の下に「、高等専門学校」を加える。

附則

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女性福祉資金貸付条例施行規則別表の規定は、平成二十六年十月一日以後の申請に係る女性福祉資金の貸付けについて適用し、同日前の申請に係る女性福祉資金の貸付けについては、なお従前の例による。

訓 令

●東京都訓令第二十二号

庁 中 一 般
支 業 所
事 業 所
収 用 委 員 会 事 務 局
労 働 委 員 会 事 務 局

職員の配偶者同行休業に関する規程を次のように定める。
平成二十六年十二月二十六日

東京都知事 外 添 要 一

職員の配偶者同行休業に関する規程

(趣旨)

第一条 この規程は、地方公務員法(昭和二十五年法律第二百六十一号)第五十七条に規定する単純な労務に雇用される職員(以下「職員」という。)の配偶者同行休業に關し必要な事項を定めるものとする。

(準用)

第二条 職員の配偶者同行休業については、職員の配偶者同行休業に関する条例(平成二十六年東京都条例第四百十八号)の規定の適用を受ける者の例による。

附 則

- 1 この訓令は、平成二十七年四月一日から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 配偶者同行休業に関し必要な申請その他の手続は、この訓令の施行の日前においても行うことができる。

発行
東京都
東京都新宿区西新宿二丁目八番一
号
電話 〇三(五三二一)一一一一(代)

郵便番号
163-8001

定価

本号
一箇月 六、六〇〇円
(郵送料を含む)

印刷所

勝美印刷株式会社
東京都文京区小石川二丁目三番七号
電話 〇三(三八二二)五二〇一(代)

郵便番号
112-0002



この用紙は、再生紙のうえ
リサイクルできます。