

別記第八号様式から第十号様式までを次のように改める。

第8号様式 (第13条関係)

重度心身障害者手当受給者異動届

東京都知事殿

届出者 受給者住所

氏名 (印)

個人番号

代行者住所

氏名 (印)

個人番号

※代行者が配偶者又は扶養義務者の場合のみ、個人番号を記入

東京都重度心身障害者手当条例第9条の規定に基づき、異動事項について届け出ます。届出内容確認のため、私の世帯の住民登録資料及び税務資料について、各関係機関に調査することを承諾します。

Table with columns: 受給者氏名, 異動内容, 変更前, 変更後, 認定番号, 第, 号

Table with columns: 異動事由, 発生した日, 年月日

異動が発生した日 年 月 日
・該当する□の中にし印を付けてください。
・申請中の異動は、認定番号欄に「○年○月○日申請」と記載してください。

区町村 確認方法 (公簿・児童相談所・福祉事務所・その他)
処理機関
台帳処理

(日本工業規格A列4番)

第9号様式 (第14条関係)

重度心身障害者手当受給者所得状況届

受給者番号 (年度) 住所 電話番号

受給者 生年月日 個人番号
代行者 個人番号
氏名 住所

Table with columns: 所得種類(円), 控除, 内取, 計

Table with columns: 受給者の現在の状況, 控除後の所得額(円), 施設の名前及び所在地

○課税証明書を添付します(公簿等によって確認できる場合は省略することができます。)(日本工業規格A列4番)

(日本工業規格A列4番)

第10号様式 (第14条関係)

重度心身障害者手当受給者現況届		認定番号	生年月日 (生年) 年 月 日 (生月) 年 月 日 (生 日)
受給者	ふりがな 氏名 個人番号 ふりがな 住所	自宅 携帯 その他	
代表者 (受給者 に代わって 届出等 を行う者)	ふりがな 氏名 個人番号 ふりがな 住所	父・母・その他 (○を付ける) 自宅 携帯 その他 () () () 居間の連絡先 ()	
受給施設	1 入所(予定)している ()年()月()日 入所・入所(予定) 2 通所している (ア) 毎日 (イ) 週日 (ウ) 月()日 3 入所していた ()年()月()日 ~ ()年()月()日 4 入所していない	電話 ()	
現在 の 状 況	施設の名稱 及び所在地 1 入院している ()年()月()日 入院 2 通院している (ア) 毎日 (イ) 週日 (ウ) 月()日 3 入院・通院の予定 ()年()月()日 入院し ()年()月()日 通院予定 4 入院していた ()年()月()日 ~ ()年()月()日 5 入院していない	電話 ()	

上記のとおり、東京都重度心身障害者手当条例施行規則第14条に基づき届け出ます。
届出内容確認のため、私の世帯の住民登録資料及び投票資料について、各関係機関に調査することを承諾します。

年 月 日 氏名 (印)

東京都知事 殿 (日本工業規格A列4番)

附 則

- この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の東京都重度心身障害者手当条例施行規則別記第一号様式、第八号様式、第九号様式及び第十号様式(次項において「旧様式」という。)は、この規則による改正後の東京都重度心身障害者手当条例施行規則による別記第一号様式、第八号様式、第九号様式及び第十号様式とみなす。
- この規則の施行の際、旧様式による用紙で、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。

東京都身体障害者手帳に関する規則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百十六号

東京都身体障害者手帳に関する規則の一部を改正する規則

東京都身体障害者手帳に関する規則(平成十二年東京都規則第二百五号)の一部を次のように改正する。

第二条の見出しを「(身体障害者手帳交付等申請(届出)書)」に改め、同条中「省令第八条第一項」を「法第十五条第一項の規定による手帳の交付の申請、政令第十条第一項」に、「身体障害者手帳再交付等申請(届出)書」を「身体障害者手帳交付等申請(届出)書」に改める。
別記第一号様式を次のように改める。

別記
第1号様式(第2条関係)

身体障害者手帳交付等申請(届出)書

区・市福祉事務所(市村)の受付印 年 月 日

東京都知事 殿
居住地 氏 名

写真持参のこと。
・服帽・上半身
・撮影後1年以内
・タテ4cm×
ヨコ3cm

下記のとおり申請(届出)します。該当する項目の数字を○で囲んでください。

第1欄 申請・届出事由……該当する項目の数字を○で囲んでください。

10 新規(更新(診断書あり)) → 21障害更新(程度変更・障害自明)再交付(診断書なし) → 31紛失 32破損 24他県手帳更新(都庁輸入後) 34その他()
居住地 → 51都庁手帳(都庁所持) 52都庁輸入(他県手帳所持) 53都庁輸入(兼手帳申請)
変更 → 72本人居住地変更(都庁→都庁) 74保護者居住地変更(都庁→都庁)
氏名変更 → 71本人氏名変更 73保護者氏名変更 返還 → 41死亡 42引継当 43その他()

第2欄 本人氏名・居住地等(全通項目)……楷書ではつきり書いてください。

フリガナ 氏 名 ◎在年月日

氏 名 性別 1 男
2 女 年 月 日 生

◎個人番号 (理由0、51、52、53の場合に記入) ◎丁目・番地・方番(〒)

居住地 ◎(丁目・番地・方番) (〒)

区 町 村 ◎電話番号

1 2 3 72 74 77 79 電話 1 2 3

第3欄 保護者続柄・氏名等(本人が15歳未満の児童の場合)……楷書ではつきり書いてください。

◎区分 0 なし ◎父 02 母 03 兄弟 04 姉妹 05 ◎親族 09
1 同居 07 祖父母 08 11 その他
2 別居 05 姉妹 09 親族女

(本人と異なる場合のみ記入すること。) (〒)

◎居住地

コード 183: 185: 188: 190: ◎丁目・番地・方番

第4欄 手帳交付番号等(申請届出事由 21、24、31、32、34、41～43、51～53、71～74)
手帳交付番号 交付(再交付)年月日 種別 等級 障害名
(都道府県・市) () 年 月 日 種 級

第5欄 旧居住地・氏名等

旧居住地	住地	旧氏名	変更(返還)年月日
田 居	田 氏 名	変更(返還)年月日	年 月 日
(申請届出事由 51～53、72、74)	(71、73)	(41～43、51～53、71～74)	年 月 日

備考 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とする。ただし、居住地変更、氏名変更及び身体障害者手帳の返還のときは、記名のみでよい。

(日本工業規格JIS S 4044)

別記第二十二号様式中

交付年月日	住所	氏名	続柄	住所(別居の場合)
保(15歳未満の場合)	氏名	続柄	住所(別居の場合)	

に を

改める。

附則

- この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の東京都身体障害者手帳に関する規則別記第一号様式(次項において「旧様式」という。)は、この規則による改正後の東京都身体障害者手帳に関する規則による別記第一号様式とみなす。
- この規則の施行の際、旧様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加えて、なお使用することができる。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百十七号

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(平成十八年東京都規則第十二号)の一部を次のように改正する。

第八条第一項中「第十一号様式の二申請書」という。()の下に「個人番号に係る世帯調査(精神通院) (別記第十一号様式の三。以下「世帯調査」という。)及び」を

加え、「添付して」を「添付して行うものとする（世帯調書については、政令第二十九 九条第一項に規定する支給認定基準世帯員（以下「支給認定基準世帯員」という。）がい ない場合は添付を要しないものとし、診断書については、「に」、「除く。」を行うもの とする）」を「除き添付するものとする。」に改める。

第九条中「自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（別記第十一号様式）により 行うものとする」を「第十一号様式申請書に世帯調書を添付して行うものとする（支給 認定基準世帯員に変更が生じない場合は添付を要しないものとする。）」に改める。

第十条中「により行うものとする」を「に世帯調書を添付して行うものとする（支給 認定基準世帯員に変更が生じない場合は添付を要しないものとする。）」に改める。
 別記第十一号様式中「（診断書の提出が不要の場合に限る。）等」を「をされる方 （診断書の提出が不要の方）又は手帳の写しの添付により新規申請手続」に「〇印を 付けてください」や「〇を付けてください。」に

- （新規・継続・再開・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付）
- （認定内容変更.....所得区分・医療機関・薬局・その他の医療機関等）
- （認定内容変更.....所得区分・医療機関・薬局・その他の医療機関等）
- （受給者証追加交付.....医療機関の追加・薬局の追加・訪問看護ステーションの追加）
- （新規・継続・再開・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付）
- （認定内容変更.....所得区分・医療機関・薬局・その他の医療機関等）
- （認定内容変更.....所得区分・医療機関の追加・薬局の追加・訪問看護ステーションの追加）

受給者（本人）	フリガナ	氏名	住所	年齢・性別	明・大・昭・平
	(姓)	(名)	〒		(〇を付けてください)
保険者	氏名	住所	郵便番号	性別	氏名
	(姓)	(名)	〒	男・女	(〇を付けてください)
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女

を

受給者（本人）	フリガナ	氏名	住所	年齢・性別	明・大・昭・平
	(姓)	(名)	〒		(〇を付けてください)
保険者	氏名	住所	郵便番号	性別	氏名
	(姓)	(名)	〒	男・女	(〇を付けてください)
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女
	氏名	住所	郵便番号	年齢	性別
	(姓)	(名)	〒	年 月 日	男・女

に

医療機関	郵便番号	医療機関コード	電話番号	住所
薬局	郵便番号	薬局コード	電話番号	住所
その他	郵便番号	その他コード	電話番号	住所
氏名	郵便番号	本人との関係	電話番号	住所
		(〇を付けてください)		

を

医療機関	郵便番号	医療機関コード	電話番号	住所
薬局	郵便番号	薬局コード	電話番号	住所
その他	郵便番号	その他コード	電話番号	住所
氏名	郵便番号	本人との関係	電話番号	住所
		(〇を付けてください)		

に

- 1. 自立1年 (他県転入)
- 2. 手帳1年
- 3. 自立1年 (他県転入)
- 4. 手帳1年 (他県転入)

を

- 1. 自立1年
- 2. 手帳1年
- 3. 自立1年 (他県転入)
- 4. 手帳1年 (他県転入)

に

確認事項 (意見書) ・医師の診断書 (意見書) ・医療保険の被保険者証等の写 ・生活保護受給世帯の証明書 ・区市町村民税非課税証明書 ・標準負担額減額認定証 ・区市町村民税課税証明書 ・その他収入等を証明する書類 ()	所得区分 (区市町村で記入してください) 生活保護 中間層 I 低所得 I 中間層 II 低所得 II 一定以上 備考	高額治療継続者 (重度かつ継続) (東京都) 該当・非該当 (東京都で記入しますので、空欄にしてください) 東京都受給印 (東京都で記入しますので、空欄にしてください)
---	---	--

を

自治体記入欄 ・医師の診断書 (意見書) ・医療保険の被保険者証等の写 ・個人番号に係る世帯調書 ・生活保護受給世帯の証明書 ・区市町村民税非課税証明書 ・標準負担額減額認定証 ・区市町村民税課税証明書 ・その他収入等を証明する書類 ()	所得区分 (区市町村で記入してください) 生活保護 中間層 I 低所得 I 中間層 II 低所得 II 一定以上 備考	高額治療継続者 (重度かつ継続) (東京都) 該当・非該当 (東京都で記入しますので、記入してください) 東京都受給印 (東京都で記入しますので、空欄にしてください)
---	---	---

に

別記第十一号様式の二中「〇印を付けてください」や「△を付けてください。」を改める。

〔新規・継続・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付〕

〔継続・他の道府県からの居住地変更による受給者証交付・新規(手帳の写し添付)・再開(手帳の写し添付)〕

受診者(本人) フリガナ (姓) (名) 氏名 (姓) (名) 住所 (姓) (名) 郵便番号 電話 本人との関係 (印)	年齢 性別 生 年 月 日 男・女 明・大・昭・平 (○を付けてください) 年 月 日
---	--

を

受診者(本人) 氏名 (姓) (名) 住所 (姓) (名) 郵便番号 電話 本人との関係 (印)	年齢 性別 生 年 月 日 男・女 明・大・昭・平 (○を付けてください) 年 月 日
---	--

を

医療機関 (所在地) 郵便番号 電話 医療機関コード 薬局コード その他コード 氏名 住所 郵便番号 電話 本人との関係 (印)	医療機関コード 薬局コード その他コード 氏名 住所 郵便番号 電話 本人との関係 (印)
--	--

を

医療機関 (所在地) 郵便番号 電話 医療機関コード 薬局コード その他コード 氏名 住所 郵便番号 電話 本人との関係 (印)	医療機関コード 薬局コード その他コード 氏名 住所 郵便番号 電話 本人との関係 (印)
--	--

を

(注) 精神障害者保健福祉手帳(診断書に基づいたものに限る。)の交付を受けている方が、「重度かつ継続」に該当しない新規申請(再開申請を含む。)を行う場合には、手帳の写しを添付すれば、診断書は必要ありません。ただし、「重度かつ継続」に該当する新規申請(再開申請を含む。)を行う場合には、「重度かつ継続」に関する医師書添付してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

診断書提出の 5. 自立2年 7. 自立2年(他県転入) 9. 手帳新規	(区)市町村で必ず記入してください。 6. 手帳2年 8. 手帳2年(他県転入) T. 手帳新規(他県転入)	精神障害者 保健福祉手帳番号 自立支援医療費 (時記入) 受診者番号
---	---	--

確認事項 (医師書で必ず記入してください)	所得区分 (医師書で必ず記入してください)	高額治療継続者 (重度かつ継続)(東京都)
・医師の診断書(意見書) ・精神障害者保健福祉手帳の写 ・医療保険の被保険者証等の写 ・生活保護受給世帯の証明書 ・区市町村民税非課税証明書 ・療養負担額徴収額認定証 ・区市町村民税課税証明書 ・その他収入等を証明する書類	生活保護 低所得Ⅰ 中間層Ⅱ 低所得Ⅲ 一定以上 備考	該当 非該当 (医師書で記入してください) 東京都受領印 (医師書で記入してください)

(注) 精神障害者保健福祉手帳(診断書に基づいたものに限る。)の交付を受けている方が、「重度かつ継続」に該当しない新規申請又は再開申請を行う場合には、手帳の写しを添付すれば、診断書は必要ありません。ただし、「重度かつ継続」に該当する新規申請又は再開申請を行う場合には、「重度かつ継続」に関する医師書添付してください。

ここから下の欄には記入しないでください。

診断書提出の 5. 自立2年 7. 自立2年(他県転入) 9. 手帳新規	(区)市町村で必ず記入してください。 6. 手帳2年 8. 手帳2年(他県転入) T. 手帳新規(他県転入)	精神障害者 保健福祉手帳番号 自立支援医療費 (時記入) 受診者番号
---	---	--

確認事項 (医師書で必ず記入してください)	所得区分 (医師書で必ず記入してください)	高額治療継続者 (重度かつ継続)(東京都)
・医師の診断書(意見書) ・精神障害者保健福祉手帳の写 ・医療保険の被保険者証等の写 ・個人番号に係る世帯調書 ・生活保護受給世帯の証明書 ・区市町村民税非課税証明書 ・療養負担額徴収額認定証 ・区市町村民税課税証明書 ・その他収入等を証明する書類	生活保護 低所得Ⅰ 中間層Ⅱ 低所得Ⅲ 一定以上 備考	該当 非該当 (医師書で記入してください) 東京都受領印 (医師書で記入してください)

改める。
別記第十一号様式の二の次に次の一様式を加える。

を

に

第11号様式の3 (第8条、第9条、第10条関係)

* この書類は、同一医療保険加入者の情報及び住民票上の住所を併用するためのものです。

個人番号に係る世帯調書
(精神通院)

受診者本人 1月1日の住民 票上の住所※1	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女	受領印欄
<input type="checkbox"/> 申請書記載の住所と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。								

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (一人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (二人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (三人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (四人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (五人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (六人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (七人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (八人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

受診者本人と 同じ医療保険 の加入者※2 (九人目)	氏名	生年月日	年	月	日	性別	男・女
<input type="checkbox"/> 上記(受診者本人の1月1日の住民票上の住所)と同じ場合は、こちらにチェックを入れて記入を省略できます。							

*1 「1月1日の住民票上の住所」欄には、4月から6月までに申請する場合は誕生年度の1月1日、7月から翌年9月までに申請する場合は申請年度の1月1日時点の住所を記入してください。

*2 国民健康保険及び後期高齢者医療以外の保険に加入している場合は、被保険者のみを記入してください。

別記第十五号様式中

変診者	フリガナ	性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
フリガナ			
住所	郵便番号		
	電話 ()		

を

受診者	フリガナ	性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
フリガナ			
住所	郵便番号		
	電話 ()		

に

住所	郵便番号	電話 ()
----	------	--------

を

住所	郵便番号	電話 ()
----	------	--------

に

届出者氏名 (自署又は記名押印)

東京都知事 殿

届出者氏名 (自署又は記名押印)

東京都知事 殿

收受印欄

※ 自己負担上開額 (所得区分及び重症かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更を申請する場合は、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費 (精神通院) 支給認定申請書 (別記第11号様式) に記載すること。

※ 自己負担上開額 (所得区分及び重症かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更を申請する場合は、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費 (精神通院) 支給認定申請書 (別記第11号様式) に記載すること。

自治体 記入欄	受診者(本人)の身元確認 受診者(本人)の個人番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し
	受診者(本人)の身元確認 受診者(本人)の個人番号確認	4 住民票不行情報の確認 5 その他()

改める。

別記第十六号様式中

受診者	フリガナ	性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
フリガナ			
住所	郵便番号		
	電話 ()		

を

受診者	フリガナ	性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
フリガナ			
住所	郵便番号		
	電話 ()		

に

住所	郵便番号	電話 ()
----	------	--------

を

住所	郵便番号	電話 ()
----	------	--------

に

(日本工業規格A列4番)

自治体 記入欄	受診者(本人)の身元確認 受診者(本人)の個人番号確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し
	受診者(本人)の身元確認 受診者(本人)の個人番号確認	4 住民票不行情報の確認 5 その他()

(日本工業規格A列4番)

改める。

附 則

1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。

2 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則別記第十一号様式、第十一号様式の二、第十五号様式及び第十六号様式(次項において「旧様式」という。)は、この規則による改正後の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則による別記第十一号様式、第十一号様式の二、第十五号様式及び第十六号様式とみなす。

3 この規則の施行の際、旧様式による用紙で、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。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百十八号

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和四十年東京都規則第二百四号)の一部を次のように改正する。

別記第二号様式中

障害者手帳申請書

東京都知事 殿

※収受印欄

年 月 日

私は、次の事項について申請します。
 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき精神障害者保健福祉手帳の〔新規交付・更新・障害等級変更・他の道府県からの居住地変更による手帳交付〕
 (申請項目を○で囲んでください。)

を

申請者(本人) 個人番号

※申請番号

※収受印欄

年 月 日

に、

障害者手帳申請書
東京都知事 殿

私は、次の事項について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき精神障害者保健福祉手帳の〔新規交付・更新・障害等級変更・他の道府県からの居住地変更による手帳交付〕
(申請項目を○で囲んでください。)

自立支援医療費
同時申請(○印)
有・無

電話番号 () ()

を

郵便番号 〒 () ()

電話番号 () ()

に、

医師の診断書(手帳用) (級) 同 姓 書
 生 命 証 書 等 の 写 し (級) 同 姓 書
 精神障害者保健福祉手帳の写し(級)
 写真(縦4cm×横3cm)
 ハカヤ(交付の通知を希望する場合)

* 既存障害者手帳の有効期限	年 月 日
* 障 害 者 手 帳 番 号	
* 自立支援医療受給者番号	

を

医師の診断書(手帳用) (級) 同 姓 書
 生 命 証 書 等 の 写 し (級) 同 姓 書
 精神障害者保健福祉手帳の写し(級)
 写真(縦4cm×横3cm)
 ハカヤ(交付の通知を希望する場合)

* 既存障害者手帳の有効期限	年 月 日
* 障 害 者 手 帳 番 号	

に、

5 ※の欄は、記入しないでください。
 ※の欄は、既にお持ちの方のみ記入してください。

を

5 申請書を出した者欄は、申請者本人が提出された場合は、記入の必要はありません。

6 ※の欄は、記入しないでください。
 ※の欄は、既にお持ちの方のみ記入してください。

に改

以下は自治体が記入するもので申請者の方は記入しないでください。

1 個人番号カード	2 運転免許証	3 運転経歴証明書	4 旅券
5 在留カード	6 その他()		
申請者の個人番号確認	1 個人番号カード	2 通知カード	3 その他()
3 住民票の写し	4 住民基本台帳室の履歴	5 その他()	

める。

附 則

- この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の精神保健及び精

神障害者福祉に関する法律施行細則別記第二号様式（次項において「旧様式」という。）は、この規則による改正後の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則による別記第二号様式とみなす。

3 この規則の施行の際、旧様式による用紙で、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。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百十九号

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の一部を改正する規則

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則（平成十一年東京都規則第百十二号）の一部を次のように改正する。

第十四条第一項を次のように改める。

法第三十七条第一項に規定する申請は別記第十三号様式により、法第七条第一項の規定により準用される法第三十七条第一項に規定する申請、法第八条各項の規定により適用される法第三十七条第一項に規定する申請及び法第五十三条第一項の規定により適用される法第三十七条第一項に規定する申請は別記第十三号様式の二によるものとする。

第十四条第二項及び第二十条中「別記第十三号様式の二」を「別記第十三号様式の三」に改める。

法第四十二条第一項に規定する申請は別記第二十一号様式により、法第七条第一項の規定により準用される法第四十二条第一項に規定する申請、法第八条各項の規定により適用される法第四十二条第一項に規定する申請及び法第五十三条第一項の規定により適用される法第四十二条第一項に規定する申請は別記第二十一号様式の二によるものとする。

別記第十三号様式を次のように改める。

第13号様式(第14条関係)

(表)

医療費公費負担申請書		年	月	日	
感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項の規定により医療費の公費負担を申請します。					
申請者氏名 (自署又は記名押印)					
患者との関係					
申請者個人番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)					
申請者住所					
患者氏名	性別	生年月日	年	月	日
住所	住保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 保険者等の種別 生保(保護受給中・保護申請中) その他()				
入院勧告等を受けた日	年	月	日		
患者の個人番号					
(注1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第13号様式の3を使用すること。					
(注2) 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(表)に記載し、書ききれない場合は別表によること。					

(日本工業規格A列4番)

(裏)

氏名	患者との関係	個人番号						
		0	1	2	3	4	5	6

別記第十三号様式の二中

「 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第19条に基づき医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	年	月	日(歳)	電話番号 発生動向調査コード

「 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第19条に基づき医療費助成(新規認定・更新)を申請します。

患者の個人番号	フリガナ 患者氏名	男・女	生年月日	年	月	日(歳)	電話番号 発生動向調査コード

(申請者が患者本人である場合は、左欄に記入)

改め、同様式を第十三号様式の三とする。
別記第十三号様式の次に次の一様式を加える。

第13号様式の2(第14条関係)

医療費公費負担申請書

年 月 日

殿

以下のとおり、医療費の公費負担を申請します。

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)第7条第1項の規定により準用される法第37条第1項に規定する医療費
- 法第8条各項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費
- 法第53条第1項の規定により適用される法第37条第1項に規定する医療費

申請者氏名
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者住所

患者氏名	性別	生年月日	年	月	日
------	----	------	---	---	---

住 所	国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢
-----	-----------------------

保険者等の種別	生保(保護受給中・保護申請中) その他()
---------	------------------------

入院勧告等を受けた日	年	月	日
------------	---	---	---

(注) 法第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第13号様式の3を使用すること。

(日本工業規格A列4番)

別記第二十一号様式を次のように改める。

第21号様式(第28条関係)

(表)

療養費支給申請書

年 月 日

殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第42条第1項の規定により療養費の支給を申請します。

申請者氏名
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者個人番号

(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)

申請者住所

患者氏名	性別	生年月日	年	月	日
------	----	------	---	---	---

住 所	国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢
-----	-----------------------

保険者等の種別	生保(保護受給中・保護申請中) その他()
---------	------------------------

入院勧告等を受けた日	年	月	日
支給を受けようとする療養費の額	円		

患者の個人番号

緊急その他やむを得ない理由

(注) 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(裏)に記載し、書ききれない場合は別葉によること。

(日本工業規格A列4番)

(表)

氏名	患者との関係	個人番号							
		1	2	3	4	5	6	7	8

別記第二十一号様式の次に次の一様式を加える。

第21号様式の2(第28条関係)

療養費支給申請書

年 月 日

殿

以下のとおり、療養費の支給を申請します。

- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」という。）第7条第1項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費
- 法第8条各項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費
- 法第53条第1項の規定により適用される法第42条第1項に規定する療養費

申請者氏名
(自署又は記名押印)

患者との関係

申請者住所

患者氏名	性別	生年月日	年	月	日
住 所					
保険者等の種別	社保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢				
	生保(保護受給中・保護申請中) その他()				
入院勧告等を受けた日	年	月	日		
支給を受けようとする療養費の額					円
緊急その他やむを得ない理由					

附則

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則別記第十三号様式、第十三号様式の二及び第二十一号様式（次項において「旧様式」という。）は、この規則による改正後の感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の様式とみなす。
- 3 この規則の施行の際、旧様式による用紙で、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。

東京都病院事業財務規則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百二十号

東京都病院事業財務規則の一部を改正する規則

東京都病院事業財務規則（昭和三十九年東京都規則第二百二十三号）の一部を次のように改正する。

第五十一条の二中「又は旅費（概算払をするものを除く。）」を「旅費（概算払をするものを除く。）又は児童手当」に改める。

附則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。

東京都立公園条例施行規則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都知事 外 添 要 一

●東京都規則第二百二十一号

東京都立公園条例施行規則の一部を改正する規則

東京都立公園条例施行規則（昭和三十二年東京都規則第三十七号）の一部を次のよう

に改正する。

別表第二 二の部(十)の項中

恩賜上野動物園乳母車貸出所	一	一箇所一月	二十万三千元
恩賜上野動物園乳母車貸出所	一	一箇所一月	二十万三千元
多摩動物公園乳母車貸出所	一	一箇所一月	八万八千四百円

改める。

附則

この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。

規 則 (教)

東京都立学校の授業料等徴収条例施行規則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十七年十二月二十八日

東京都教育委員会

●東京都教育委員会規則第六十一号

東京都立学校の授業料等徴収条例施行規則の一部を改正する規則

東京都立学校の授業料等徴収条例施行規則（昭和三十八年東京都教育委員会規則第十三号）の一部を次のように改正する。

別記第二号様式中

「3 申請理由(具体的に記入してください。）」

を

「 3 申請理由(以下のいずれかの場合に○を付けてください。申請理由が「その他」の場合、理由欄に具体的な申請理由を記載してください。)

- ・生活保護受給世帯
- ・その他

理由欄：

に

4 生徒の個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(注) 3 申請理由が「生活保護受給世帯」に該当する場合のみ、記載してください。」
改める。

附 則

- 1 この規則は、平成二十八年一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立学校の授業料等徴収条例施行規則別記第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。

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(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) 九〇円

印刷所
 勝美印刷株式会社
 東京都文京区白山一丁目十三番七
 号
 電話 〇三(三八二)五二〇一(代)

郵便番号
 113-0001