

東京都腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱

平成7年4月10日付6衛福特第1139号

第1 目的

この要綱は、慢性腎不全の根治療法である腎移植を推進し、もって慢性腎不全患者の社会復帰に資するため、献腎移植を希望する者の組織適合性検査費を助成し、患者の負担軽減を図ることを目的とする。

第2 助成対象者

次の1又は2に掲げる者とする。

- 1 都内に住所を有し、人工透析療法を受けている慢性腎不全患者で、献腎移植を希望するため、公益社団法人日本臓器移植ネットワークに移植希望の登録をする者
- 2 都内に住所を有する慢性腎不全患者で、献腎移植を希望するため、公益社団法人日本臓器移植ネットワークへの先行的献腎移植（透析療法開始前の献腎移植）希望の登録をする者

第3 申請手続

- 1 助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、腎臓移植組織適合性検査費助成申請書（別記第1号様式）に、現在、人工透析療法を受けている透析施設（先行的献腎移植希望の登録にあつては、慢性腎不全に係る治療を受けている施設）の主治医の現症記載のある腎移植希望登録依頼書（別記第2号様式。以下「登録依頼書」という。）及び住民票を添付して知事に申請するものとする。
- 2 申請は、電子申請により行うこともできるものとする。この場合、別記第1号様式に替えて別記第1号の2様式により申請する。
また、登録依頼書については、スキャナー等により電子ファイル化したものを添付することとし、住民票の添付に替えて署名用電子証明書を読み取ることとする。

第4 検査費助成の決定

知事は、前記第3の申請書を審査し、検査費の助成を行うことが適当と認めるときは、腎臓移植組織適合性検査費助成承認票（別記第3号様式。以下「助成承認票」という。）を申請者に交付し、承認しないときは、不承認決定通知書（別記第4号様式）により申請者に通知するものとする。

第5 検査及び移植希望の登録

- 1 承認を受けた者が、組織適合性検査を受けようとするとき、又は受けた後は、助成承認票及び登録依頼書を、HLA検査センター（以下「検査センター」という。）に提出するものとする。
- 2 検査センターは、組織適合性検査結果を、公益社団法人日本臓器移植ネットワークに登録するものとする。

第6 助成の額

- 1 助成の額は、1検体の組織適合性検査につき知事が別に定める額とする。
- 2 検査費用のうち助成額を超えた額については、被検査者が自己負担するものとする。

第7 請求

- 1 検査センターは、検査実施後、助成承認票に検査の終了を確認した旨の表示をした上、当該承認票を保管し、助成額の支払いを知事に請求（別記第5号様式）するものとする。
- 2 被検査者が、関東・甲信越ブロック内に所在地を持ち、かつ、東京都と契約を締結していない検査センターにおいて検査及び登録を行った場合には、被検査者は助成承認票の検査終了確認欄に記入されていることを確認した上、助成額の支払いを知事に請求（別記第6号様式）するものとする。

第8 支払

知事は、前記第7の請求を受けたときは、内容を審査の上、検査センターあるいは被検査者に助成額を支払うものとする。

第9 その他

この要綱に定めるほか必要な事項は、東京都と検査センターの双方で協議の上、定めるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、平成7年4月10日から施行し、平成7年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の施行に伴い、元衛福特第216号（平成元年7月1日衛生局長決定）による東京都腎臓移植組織適合検査費助成実施要綱は、廃止する。
- 3 平成7年3月31日以前において、前記に掲げる要綱により助成承認票を受けた者で、平成7年4月1日以降検査及び移植希望の登録を受ける者については、この要綱による助成承認票の交付を受けたものとみなす。

附 則（10衛福特第988号）

この要綱は、平成11年3月15日から施行し、平成9年10月16日から適用する。ただし、別記第1号様式の改正については、平成11年4月1日から施行する。

附 則（平成14年4月1日 14健サ疾第1号）

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則（平成15年3月28日 14健サ疾第1604号）

この要綱は、平成15年3月28日から施行する。

附 則（平成16年4月26日 16健サ疾第3号）

この要綱は、平成16年8月1日から施行する。

附 則（平成20年6月17日 20福保保疾第416号）

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成29年11月1日 29福保保疾第1211号）

- 1 この要綱は、平成29年11月1日から施行する。
- 2 要綱第2の2に掲げる者については、平成30年1月1日以降の検査実施分から適用する。

附 則（平成30年3月12日 29福保保疾第2497号）

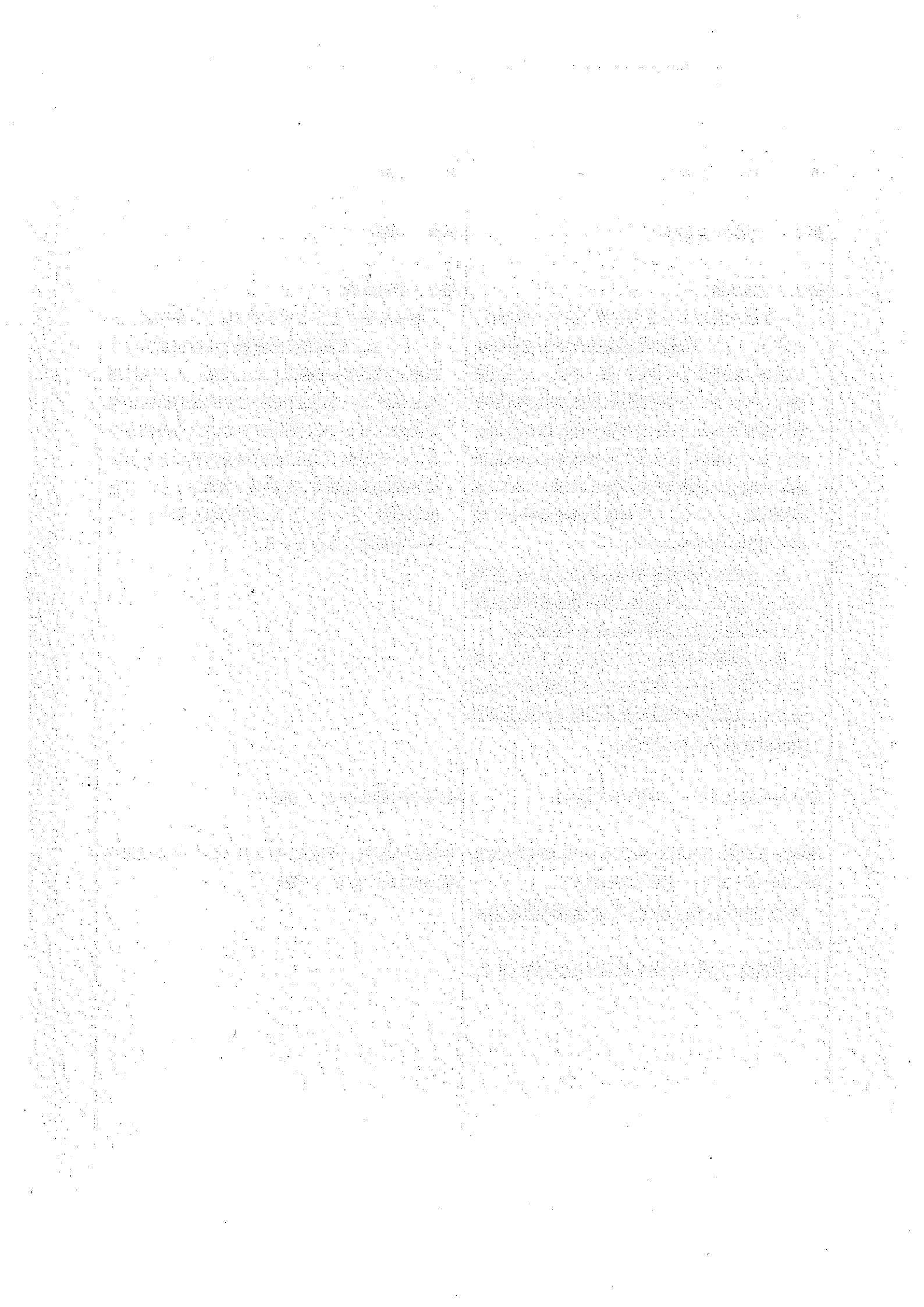
この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成31年3月19日 30福保保疾第2225号）

この要綱は、平成31年3月29日から施行する。

東京都腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱改正新旧対照表

新	旧
<p>第1 (現行のとおり)</p>	<p>第1 (略)</p>
<p>第2 (現行のとおり)</p>	<p>第2 (略)</p>
<p>第3 申請手続</p> <p><u>1 助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、腎臓移植組織適合性検査費助成申請書(別記第1号様式)に、現在、人工透析療法を受けている透析施設(先行的献腎移植希望の登録にあつては、慢性腎不全に係る治療を受けている施設)の主治医の減症記載のある腎移植希望登録依頼書(別記第2号様式。以下「登録依頼書」という。)及び住民票を添付して知事に申請するものとする。</u></p> <p><u>2 申請は、電子申請により行うこともできるものとする。この場合、別記第1号様式に替えて別記第1号の2様式により申請する。</u></p> <p><u>また、登録依頼書については、スキャナー等により電子ファイル化したものを添付することとし、住民票の添付に替えて署名用電子証明書を読み取ることとする。</u></p>	<p>第3 申請手続</p> <p>助成を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、腎臓移植組織適合性検査費助成申請書(別記第1号様式)に、現在、人工透析療法を受けている透析施設(先行的献腎移植希望の登録にあつては、慢性腎不全に係る治療を受けている施設)の主治医の現症記載のある腎移植希望登録依頼書(別記第2号様式。以下「登録依頼書」という。)及び住民票を添付して知事に申請するものとする。</p>
<p>第4から第9まで (現行のとおり)</p>	<p>第4から第9まで (略)</p>
<p>附則から附則(平成30年3月12日29福保保疾第2497号)まで (現行のとおり)</p> <p><u>附則(平成31年3月19日30福保保疾第2225号)</u></p> <p><u>この要綱は、平成31年3月29日から施行する。</u></p>	<p>附則から附則(平成30年3月12日29福保保疾第2497号)まで (略)</p>



新

別記第1号様式 (福祉保健局提出用)

東京都福祉保健局

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな	生年	大正	年	月	日
氏名	月	昭和	年	日	日
	日	平成			

住所	(〒)
電話	()

- | | |
|-------|---------------------|
| 検査機関名 | 1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 |
| | 2 東京医科大学八王子医療センター |
| | 3 東京女子医科大学病院 |
| | 4 東邦大学医療センター大森病院 |
| | 5 その他 () |

腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受け
 するため、腎臓移植希望登録依頼書 (別記第2号様式) と住民票を添えて申請します。

— 年 月 日

申請者

東京都知事 殿

旧

別記第1号様式 (福祉保健局提出用)

東京都福祉保健局

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな	生年	明治	年	月	日
氏名	日	大正	年	日	日
		昭和			
		平成			

住所	(〒)
電話	()

- | | |
|-------|---------------------|
| 検査機関名 | 1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 |
| | 2 東京医科大学八王子医療センター |
| | 3 東京女子医科大学病院 |
| | 4 東邦大学医療センター大森病院 |
| | 5 その他 () |

腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受け
 するため、腎臓移植希望登録依頼書 (別記第2号様式) と住民票を添えて申請します。

平成 年 月 日

申請者

東京都知事 殿

新

別記第1号の2様式 (福祉保健局提出用)

東京都福祉保健局

腎臓移植希望者に対する検査費用の負担軽減申請書

ふりがな	生 年 月 日	年 月 日
氏名		
住所	(〒)	
電話	()	
検査機関名	<input type="radio"/> 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 <input type="radio"/> 東京医科大学八王子医療センター <input type="radio"/> 東京女子医科大学病院 <input type="radio"/> 東邦大学医療センター大森病院 <input type="radio"/> その他 ()	
腎臓移植組織適合性検査費用助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受け るため、腎臓移植希望登録依頼書 (別記第2号様式) を添えて申請します。		
年 月 日		申請者
東京都知事 殿		

新

別記第2号様式 (福祉保健局提出用) (センター提出用)

東京都福祉保健局

腎臓移植希望登録依頼書	
患者氏名	生年月日
患者住所	大・昭・平 年 月 日
家族等	住所
緊急連絡先	氏名
施設所在地	電話
透析施設名	主治医
原疾患	疾患名
血液型	A B O 型 () R h 型 ()
透析歴	開始年月日
既往歴	1 2 3
合併症	1 2 3

旧

別記第2号様式 (福祉保健局提出用) (センター提出用)

東京都福祉保健局

腎臓移植希望登録依頼書	
患者氏名	生年月日
患者住所	明・大・昭・平 年 月 日
家族等	住所
緊急連絡先	氏名
施設所在地	電話
透析施設名	主治医
原疾患	疾患名
血液型	A B O 型 () R h 型 ()
透析歴	開始年月日
既往歴	1 2 3
合併症	1 2 3

新

別記第3号様式（申請者保管用）（センター提出用）（福祉保健局請求用）東京都福祉保健局

腎臓移植希望者組織適合性検査費用助成承認票	
ふりがな	生年 月 日 大正 昭和 平成
氏名	
住所	(〒)
電話番号	()
交付番号	検査年月日 年 月 日
検査機関名	
検査費用助成額	組織適合性検査に要した金額のうち、金 円とする。
腎臓移植希望者組織適合性検査費用助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成します。	
平成 年 月 日	東京都知事
組織適合性検査を受ける際は、本票と腎臓移植希望者身体履歴書を提示してください。	
検査終了確認	平成 年 月 日 所属・氏名 印

旧

別記第3号様式（申請者保管用）（センター提出用）（福祉保健局請求用）東京都福祉保健局

腎臓移植希望者組織適合性検査費用助成承認票	
ふりがな	生年 月 日 明治 大正 昭和 平成
氏名	
住所	(〒)
電話番号	()
交付番号	検査年月日 年 月 日
検査機関名	
検査費用助成額	組織適合性検査に要した金額のうち、金 円とする。
腎臓移植希望者組織適合性検査費用助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成します。	
平成 年 月 日	東京都知事
組織適合性検査を受ける際は、本票と腎臓移植希望者身体履歴書を提示してください。	
検査終了確認	平成 年 月 日 所属・氏名 印

新

別記第4号様式(申請者用)

東京都福祉保健局

腎臓移植組織適合性検査費助成不承認決定通知書	
ふりがな	生 年 月 日 大 正 昭 和 平 成
氏名	氏 名
住所	(〒) 住 所 () 電 話 ()
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成できませんので通知します。	
—	年 月 日
	東京都知事

旧

別記第4号様式(申請者用)

東京都福祉保健局

腎臓移植組織適合性検査費助成不承認決定通知書	
ふりがな	生 年 月 日 明 治 大 正 昭 和 平 成
氏名	氏 名
住所	(〒) 住 所 () 電 話 ()
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成できませんので通知します。	
—	年 月 日
	東京都知事

新

別記第5号様式（センター記入用）

東京都福祉保健局

請 求 書

〒

ただし、____年 月 日から____年 月 日までの

習熟移転希望登録に伴う組織適合性検査費

検査費 @ X 件=

上記のとおり請求します。

____年 月 日

東京都知事 殿

住所

氏名

契約印

旧

別記第5号様式（センター記入用）

東京都福祉保健局

請 求 書

〒

ただし、平成 年 月 日から平成 年 月 日までの

習熟移転希望登録に伴う組織適合性検査費

検査費 @ X 件=

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

東京都知事 殿

住所

氏名

契約印

新

別記第6号様式 (被検査者記入用) 東京都福祉保健局

請求書

¥ 10,000

ただし、____年 月 日の腎臓移植希望登録に伴う組織適合性検査費

上記のとおり請求します。

添付書類

- 1 支払金口座振替依頼書 (手書き用)
- 2 腎臓移植組織適合性検査費助成承認票
- 3 組織適合性検査 (HLA検査) 費領収書 (写し)

— 年 月 日

東京都知事 殿 住所

氏名 印

旧

別記第6号様式 (被検査者記入用) 東京都福祉保健局

請求書

¥ 10,000

ただし、平成 ____年 月 日の腎臓移植希望登録に伴う組織適合性検査費

上記のとおり請求します。

添付書類

- 1 支払金口座振替依頼書 (手書き用)
- 2 腎臓移植組織適合性検査費助成承認票
- 3 組織適合性検査 (HLA検査) 費領収書 (写し)

平成 ____年 月 日

東京都知事 殿 住所

氏名 印

