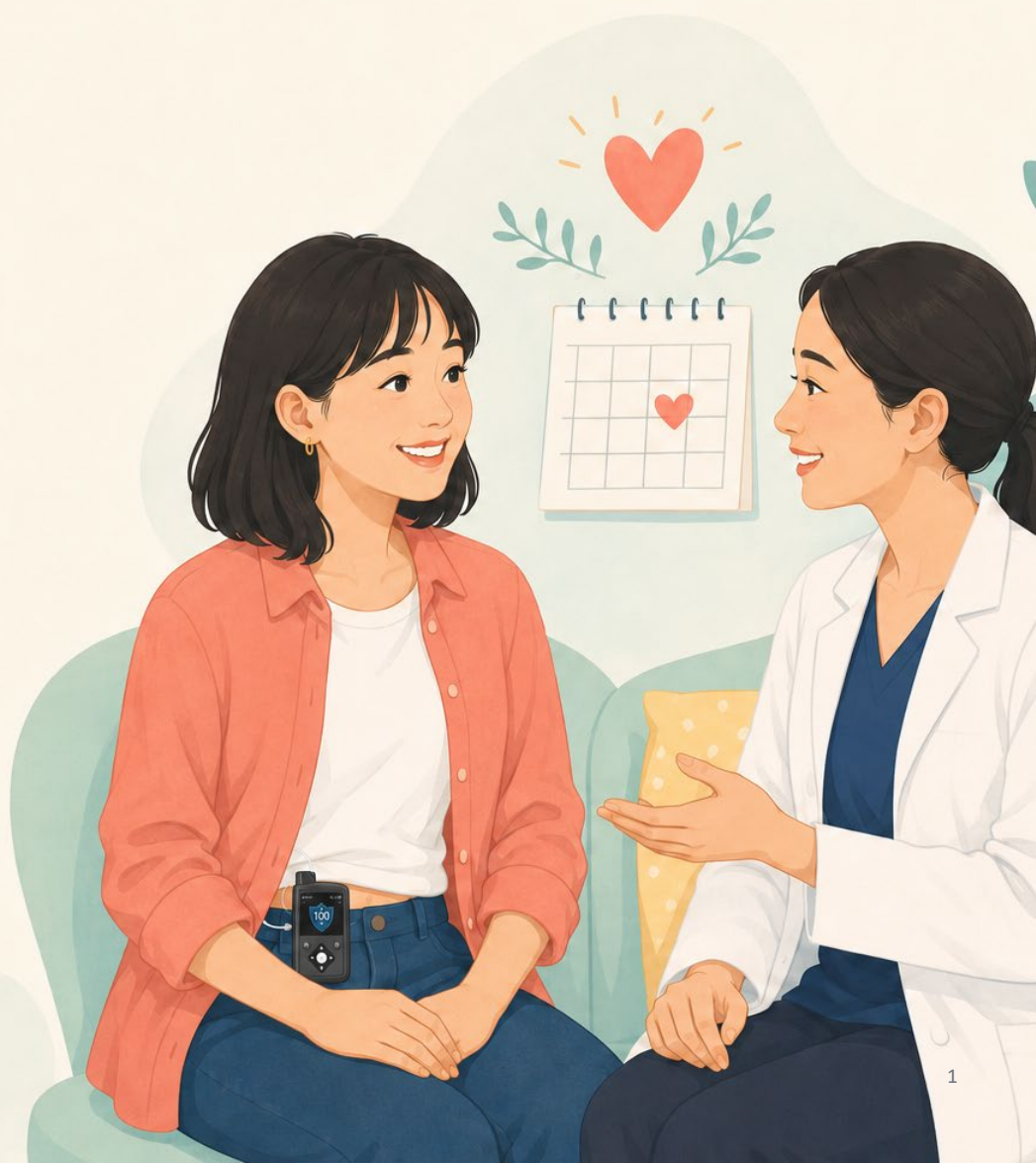


東京都内にお住まいの方へ

1型糖尿病の妊娠・出産を支える医療費助成

インスリンポンプ・AIDの医療費を助成する制度について、申請の流れまでまとめました。



制度のポイント

対象となる方

- 東京都内に住民登録がある
- 1型糖尿病と診断され、インスリンポンプ療法を行っている
- 妊娠届出後かつ妊娠中に対象医療行為を受けている

助成対象

診療のうち、ポンプとCGMに係る自己負担が対象

＊持続血糖測定器加算のみの場合は対象外

申請期限

助成対象となる医療行為を最後に受けた日の
翌年同月末日まで

助成対象と助成額

インスリンポンプのみ（CSII）		8,000円
AID・AHCL・SAP （ポンプとCGMが <u>連動するもの</u> ）	1～2個	12,000円
	3～4個	16,000円
	5個以上	18,000円
インスリンポンプ（CSII）とCGM （ポンプとCGMが <u>連動しないもの</u> ）	1～2個	10,000円
	3～4個	14,000円
	5個以上	16,000円



申請前に準備する書類

スマホで撮影またはPDF化しておく と、申請がスムーズです。

糖尿病に係る診断書

東京都指定の様式
(医療機関記入)
都庁ウェブサイトから
ダウンロード

母子健康手帳

表紙の写し
交付日(=妊娠届出日)、
交付自治体、申請者名が
確認できるよう提出

口座振替依頼書

本人名義口座のもの
都庁ウェブサイトから
ダウンロード

住民票

申請日から3か月以内
申請者ご本人の記載
があるもの
マイナンバーの記載が
ないもの
発行日及び自治体名が
みえるよう提出

妊娠確認書類

妊娠継続または終了が
確認できる書類
妊婦検診受診歴
出生届出済証明 等

健康保険証

記号・番号、氏名、
資格取得日、保険者番号
保険者名等全ての情報
マイナポータル利用：
「健康保険証」ページより確認
マイナポータル未利用：
「資格確認書」を提出

領収書

助成対象となる医療費の
支払いが確認できるもの
原本は申請完了まで保管

診療明細書

助成対象の算定項目が
確認できるもの
原本は申請完了まで保管

限度額適用認定証

ご加入の健保組合、
国保の方はお住まいの
健康保険課等へご確認
マイナポータル利用：
「健康保険証」ページより確認

その他

必要な場合のみ

- 戸籍の附票の写し
- 戸籍全部事項証明書
- 高額療養費及び付加給付
の支給内容がわかる書類
- 公費負担受給者証等

申請前に都庁サイトを
必ず確認しましょう



申請サイトを開く・アカウントを作成する

最初に申請方法を選びます

基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業 助成申請フォーム

入力フォーム

このフォームは、株式会社トラストバンクが提供する電子申請サービス「LoGoフォーム」へログインをして申請する必要があります。

下記の案内に沿って、次の画面に進んでください。

~~~~

### 新規アカウント登録して申請

アカウントをお持ちでない方は、アカウント登録をして申請にお進みください。

#### アカウント登録でマイページをご利用できます

- ① 自分の申請履歴を確認できます。
- ② 氏名や住所などの登録内容を利用して、申請フォームへ自動入力できます。
- ③ 電子文書の確認や支払いが必要な申請もすぐわかります。



 新規アカウント登録

## STEP 1

### 申請サイトを開く



申請サイト  
「LoGoフォーム」

「ログインして申請」または「新規アカウント登録」を選びます。

初めて利用する場合は、新規アカウント登録へ進みます。

# アカウント登録方法

アカウント未作成の場合

LoGoフォーム  
新規アカウント登録

不正アクセスの被害が増加しています。  
そのため、パスワードの使い回しや、他人に推測されやすいパスワード  
(例: 誕生日や「123456」など)の使用はお控えください。  
みなさまのアカウントをより安全にご利用いただくため、2025年8月5  
日より二段階認証の設定が必須となりました。

受信可能なメールアドレスを入力してください。  
アカウント登録用のメールをお送りします。

※「no-reply@logoform.jp」が受信拒否設定になっていないか、事前にご確認ください。

メールアドレス

0 / 128

アカウント登録用のメールを送信

LoGoフォーム  
新規アカウント登録

アカウントを作成します。項目へ入力し、「確認」を押してください。  
下記情報は電子申請時、フォームに自動入力されます。

■ アカウント種別

☒ 個人 ☐ 法人 **必須**

アカウント種別はあとから変更できません

■ 利用者情報

氏名

氏 **必須**

必須項目です。 0 / 64

名 **必須**

必須項目です。 0 / 64

~~~~~

郵便番号 **必須**

0 / 8

都道府県 **必須**

東京都

市区町村 **必須**

0 / 64

番地 **必須**

0 / 64

マンション・部屋番号

0 / 64

電話番号

電話番号

0 / 15

~~~~~

☐ LoGoフォーム利用規約 および プライバシーポリシー に同意してア  
カウント登録を進める

確認

## STEP 2

### メール登録方法

受信可能なメールアドレスを入力

Google, Yahoo ID, LINEでも登録可

no-reply@logoform.jpからのメール  
を受信できるよう確認

## STEP 3

### アカウント登録方法

アカウント種別は「個人」を選択

氏名・郵便番号・住所  
電話番号・性別・生年月日 を入力

ここで入力した情報は申請フォーム  
へ自動入力されます

ログインIDを確認し  
パスワードを設定

利用規約・プライバシーポリシーを  
確認

「確認」を押して登録

画面左：申請サイトの表示例（2026年7月時）

# 申請フォーム概要の確認

基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業 助成申請フォーム 

こちらは東京都療法支援費用助成の助成金申請フォームです。  
必要書類を揃えた上で、申請をお願いいたします。

## 基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業 助成申請フォーム

### <手続概要>

このフォームは、東京都内にお住まいで、1型糖尿病と診断された妊娠中の方が、インスリンポンプやAHCL（インスリンポンプ制御システム）等の使用にかかる自己負担額の一部を助成する申請受付フォームです

なお、申請者は対象医療行為を受けた本人としてください

・事業の概要については、[こちら](#)をご確認ください。

### <このフォームに添付が必要な書類>

- ・東京都指定の診断書様式（第2号様式） 様式は[こちらよりダウンロード](#)ください
- ・住民票の写し（申請日から3か月以内に発行）
- ・領収書の写し
- ・診療明細書の写し
- ・母子健康手帳表紙の写し
- ・妊娠が継続していること又は妊娠が終了したことを確認できる書類の写し
- ・健康保険証の情報（マイナポータルの資格確認情報で可）
- ・限度額適用認定証の情報（マイナポータルの資格情報で可）
- ・支払金口座振替依頼書 様式は[こちらよりダウンロード](#)ください

※以下の書類は必要な場合のみ

- ・戸籍の附票の写し
- ・戸籍全部事項証明書
- ・高額療養費及び付加給付金の支給内容がわかる書類（高額療養費等支給決定通知書）
- ・公費負担受給者証等の写し

~~~~

申請日

令和 8年 7月 23日

確認事項

①東京都が定める基礎疾患のある方の妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業実施要綱の内容に同意した上で、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

②申請内容について、東京都が医療機関へ照会することに同意します。

基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業実施要綱

[基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療法支援に係る助成事業実施要綱](#)

確認事項に同意しますか。 **必須**

☐ 同意の上、申請を行います。

STEP 4

フォーム概要の確認・同意

必要書類が揃っているか確認
（本資料3ページを確認）

申請者は対象医療行為を受けた本人だけです

添付が必要な書類を先にスマホ内に保存しておきましょう

対象要件、助成対象などの実施要綱と医療機関への照会同意を確認し、同意へ

画面左：申請サイトの表示例（2026年7月時）

申請フォームの入力

申請者情報について、ご入力ください。

※住所は町名・番地・号（室番号）まで正確に入力してください
（例）新宿区西新宿2-8-1 シティホールマンション1234号
新宿区→区市町村に回答、西新宿2-8-1→番地に回答、シティホールマンション1234号→マンション名に回答
※住民票上の情報と合わせる形で入力してください。

氏名

氏 必須

必須項目です。 0 / 64

名 必須

必須項目です。 0 / 64

氏フリガナ 必須

必須項目です。 0 / 64

名フリガナ 必須

必須項目です。 0 / 64

住所

郵便番号 必須

必須項目です。 0 / 8

都道府県 必須

東京都 X

~~~~

## 申請額を入力してください。

必須

各診療明細に記載されている対象費用の合計金額をご記入ください。 円

### ～添付書類～

#### 東京都指定の診断書様式（医療機関記入）※必須

※申請から1年以内に発行されたものを使用してください

糖尿病に係る診断書（第2号様式）

東京都指定の診断書様式（医療機関記入） 必須

📎

~~~~

※送信前に再度ご確認ください※

以下を再度ご確認の上、「確認画面へ進む」ボタンを押してください。

- ①「基礎疾患のある方の安全・安心な妊娠・出産のための療養支援に係る助成事業実施要綱」は確認されましたか。
- ②住所は町名・番地・号（室番号）まで正確に入力されていますか。
- ③電話番号・メールアドレスに誤りはありませんか。
- ④ご指定の口産情報に誤りはありませんか。
- ⑤ご指定の口産は申請者ご本人（対象医療行為を受けた方）の口産となっていますか。
- ⑥必要書類は添付されていますか。
- ⑦添付された書類は文字が鮮明に写っていますか。

→ 確認画面へ進む

📄 入力内容を一時保存する

STEP 5

申請フォームの入力

名前、住所を入力します。

＊住民票上の記載と一致するよう入力

生年月日、電話番号、メアドを入力

申請額を入力

提出する診療明細に記載された
対象費用の合計金額

＊間歇注入シリンジポンプ（C152）または
持続血糖測定器加算（C152-2）が助成対象

添付書類

各書類の注意書きに沿って、添付

＊1項目1ファイルのため、
複数のファイルをアップロードする場合は、
「その他書類」にアップロード

健康保険の限度額適用区分

高額療養費適用の有無、付加給付金の有無

公費負担医療適用の有無、振込先を入力

注：一時保存も可能

途中で席を離れるなどする場合は必ず画面最下部の「入力内容を一時保存する」を押しましょう

入力内容、添付を再度確認し、
「確認画面へ進む」

画面左：申請サイトの表示例（2026年7月時）