

(表 面)

児童扶養手当障害認定診断書(視覚障害用)														
(ふりがな) ① 氏 名		② 生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日											
③ 住 所		④ 障害の原因となつた 傷 病 名												
⑤ 傷病の原因又は 誘因	先天性 後天性 〔疾病・不慮災・労災・戦〕 傷災・その他	⑥ 傷病発生年月日	年 月 日											
⑦ ④のためはじめて 医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無											
現 症 (機 能 障 害 診 断)	⑨ 視 力		⑩ 所 見 (前眼部) 右 _____ 左 _____ (中間透光体) 右 _____ 左 _____ (眼底) 右 _____ 左 _____											
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 25%;">裸 眼</th> <th style="width: 25%;">矯 正</th> <th style="width: 35%;">矯 正 眼 鏡</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右 眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>左 眼</td> <td></td> <td></td> <td>D</td> </tr> </tbody> </table>			裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡	右 眼			D	左 眼			D
	裸 眼	矯 正	矯 正 眼 鏡											
右 眼			D											
左 眼			D											
⑫ 備 考	<p>上記の通り診断します。 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所 在 地</p> <p style="text-align: right;">診療担当科名 医師氏名</p>													

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。

(裏 面)

注意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点があると認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となつた傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑨の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとして下さい。
- 5 ⑩の欄は、視野障害が問題となり、特に本人から依頼された場合にのみ測定して下さい。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。