

特別児童扶養手当認定診断書

(血液・造血器、その他の障害用)

Form for Special Child Welfare Allowance Certification Diagnosis (Blood/造血器, etc.). Includes fields for patient name, address, date of birth, gender, and detailed medical history.

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではっきりと書いてください。

Form for Special Child Welfare Allowance Certification Diagnosis (Other Disabilities). Includes sections for symptoms, examination results, artificial organs, and current living ability.

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日

病院又は診療所の名称 診療担当科名
所在地 医師氏名

Form for application status and review process, including fields for applicant name, address, and review dates.

注 意

- この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありま
すと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片
をはり付けて記入してください。
- 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次の
いずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと思われる場合に
使用してください。
様式第1号 眼の障害用
様式第2号 聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用
様式第3号 肢体の障害用
様式第4号 精神の障害用
様式第5号 呼吸器疾患の障害用
様式第6号 循環器疾患の障害用
様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用
- ㉓の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病について
は初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本
人又はその父母等の申立てによって記入してください。
- ㉔の欄「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日
数1日は、診療回数1回として計算してください。）
- 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。（無関係な欄は斜線に
より抹消してください。）
なお、該当欄に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ください。
 - ㉑の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。
「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。
 - ㉒の1欄は、なるべく具体的に記入してください。
 - ㉒の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してく
ださい。