

(案)

25 小 子 第 号
平成 年 月 日

一般社団法人 小郡三井医師会
会 長 蒲 池 壽 殿

小郡市長 平安正知

児童扶養手当法による障害認定医の推薦について

時下、貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
さて、下記のとおり、児童扶養手当法第3条1項及び第4条第1項第1号ハ、第
2号ハにより、障害の状態を審査するため、障害認定医の制定が必要です。
医師の推薦をお願いいたします。

記

1 委任期間 毎年4月1日から3月31日の1年間

2 人数 3名以下

3 児童扶養手当で障害認定が必要な場合

児童扶養手当は、通常一人親で18歳未満の子供を
扶養している場合に該当するが、両親のうちのどちら
かが、障害年金の1級程度に該当する場合にも、該当
する。また、18歳未満の子供が、障害があれば、20
歳まで、児童扶養手当を受給できる。

4 障害認定医の業務内容

医師より、子育て支援課へ児童扶養手当障害認定診断
書(1視覚障害用、2聴力・平衡機能・咀嚼機能・音声
言語機能、3肢体不自由、4精神及び脳疾患用の4種類)
が提出される。その診断書を、子育て支援課の依頼によ
り、障害認定医は、受給要件の該当の有無、非該当の場
合はその理由等を記載して回答を行う。

5 報酬額 円(予算の範囲で定める額)

6 特別職の職員で非常勤のものに該当

小郡市
子育て支援課
新・

児童扶養手当の障害による受給資格認定依頼書兼回答書 (案)

平成 年 月 日

障害認定医 殿

小郡市長 印

申請のあった下記の件について、児童扶養手当の受給資格に該当するか診断を依頼します

記

1 申請者名

2 添付書類

3 回答期限 年 月 日

4 その他

回答書

小郡市長 殿

依頼のありました件について、下記のとおり回答します。

- 1 受給要件の該当の有無 該当・非該当
- 2 意見等 (該当・非該当の理由等)

年 月 日

障害認定医 印