



29 小字第1723号

平成30年2月19日

一般社団法人 小郡三井医師会
会 長 白石 恒明 殿

小郡市長 加地 良光



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、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、下記のとおり、障害認定医の体制の整備が必要です
ので、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歳未満の子供に、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 1回 13,860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

平成29年度

児童扶養手当障害認定診断書

		診断書の種類	担当
様式第2号	(一)	視覚障害者用	権藤内科循環器科
	(二)	聴力・平衡機能・咀嚼機能・音声言語機能 障害用	権藤内科循環器科
	(三)	肢体不自由	古川整形外科
	(四)	呼吸器結核用	権藤内科循環器科
	(五)	呼吸器系結核以外の結核症・心肺機能障害及び高血圧症用	権藤内科循環器科
	(六)	精神及び脳疾患用	あかし心療クリニック

推 薦 書

平成 年 月 日

小郡市長 平安 正知 殿

団体名 _____

代表者名 _____

団体住所 _____

団体電話番号 _____

小郡市児童扶養手当法による障害認定医の推薦について

このことについて、次の者を委員として推薦します。

職 名	
ふ り が な 氏 名	
住 所	
電 話 番 号	

回答先 〒838-0198 小郡市小郡2 5 5 番地1
小郡市 保健福祉部 子育て支援課 家庭児童係 担当 高柳
TEL 0942-72-2111 内線4 7 4 FAX0942-72-7481