



30 小育第564号

平成31年2月20日

一般社団法人 小郡三井医師会
会 長 島田 昇二郎 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条第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 平成31年4月1日から翌年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、子ども育成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。障害認定医は、子ども育成課の依頼によ
り、その診断書の内容を審査し、受給要件の該当・非該
当及び意見等を記載し、市に回答を行う。

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30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 加地 良光 様

団体名 _____

代表者名 _____

団体住所 _____

団体電話番号 _____

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 子ども・健康部 子ども育成課 医療・手当係 担当 古川

TEL 0942-72-2111 内線 6 7 2 FAX 0942-72-7481