様式第二号（一）を次のように改める。

様式第二号（一）（第一条関係）

（表　　面）

児童扶養手当障害認定診断書（視覚障害用）

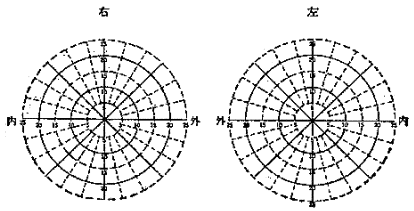
（ふりがな） ①　氏　名		②　生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日
③　住　所		④　障害の原因となつた傷病名	
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性　（疾病・不慮災・労災・戦傷災・その他）	⑥　傷病発生年月日	年　月　日
⑦　④のためはじめて医師の診断を受けた日	年　月　日	⑧　将来再認定の要	有　・　無

現症（機能障害診断）

⑨　視力

	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右眼			D
左眼			D

⑩　視野



⑪　所見

（前眼部）
右
左
（中間透光体）
右
左
（眼底）
右
左