様式第二号（一）（表面）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)

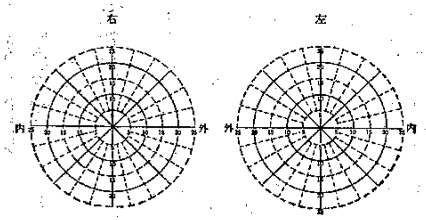
(ふりがな) ①　氏　名		②　生年月日	大正 昭和 平成 令和　年　月　日
③　住　所		④　障害の原因となつた傷病名	
⑤　傷病の原因又は誘因	先天性 後天性　（疾病・不慮災・労災・戦傷災・その他）	⑥　傷病発生年月日	年　月　日
⑦　④のためはじめて医師の診断を受けた日	年　月　日	⑧　将来再認定の要	有　・　無

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