様式第二号（二）（表面）を次のように改める。

様式第二号（二）（第一条関係）

（表　　面）

児童扶養手当障害認定診断書（聴　力・平　衡　機　能 / そしゃく 咀嚼機能・音声言語機能　障害用）			
①　（ふ　り　が　な） 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又は歯科医師の診断を受けた日	年　　月　　日	⑧　将来再認定の要	有　・　無

⑨　聴　　力　　障　　害

現症（機能障害診断）	聴力損失又は聴力レベル		
	聴力損失（旧規格）	左	デシベル
		右	デシベル
	聴力レベル（新規格）	左	デシベル
		右	デシベル
	最良語音明瞭度		

