様式第二号（三）（表面）を次のように改める。

様式第二号（三）（第一条関係）

（表　　面）

児童扶養手当障害認定診断書（肢体不自由）

（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）

⑨　切・離断

部位		母指	示指	中指	薬指	小指		手関節	前腕	肘関節	上腕	肩関節	リスフラン関節	ショペール関節	足関節	下腿	膝関節	大腿	股関節
末節以下	左						左												
	右																		
中節以下	左	＼					右												
	右																		
基節以下	左						断端の痛み　有・無　すぐ上の関節の異常　有・無（あれば⑪、⑫、⑬に記入）												
	右																		

⑩　麻　　痺	⑪　体幹・四肢関節運動筋力	⑫　体幹・四肢関節運動範囲