

受給者の方は、この説明を診断書作成の先生に必ず渡してください。

特別児童扶養手当認定診断書（知的障害・精神の障害用）

作成していただく先生へ（お願い）

東京都心身障害者福祉センター

ご記入に際しては、下記の点にご注意いただきますようお願いいたします。

未記入事項や内容が明確でない記入事項がある場合は、再度診断をお願いすることがありますので、全ての項目について、できるだけ詳しくご記入ください。

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
 - ・ 特に⑬については、「1 食事」から「7 睡眠」までの全項目について、該当する何れかのものを○で囲んだ上で、その内容を具体的に記載してください。
- 3 ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑦から⑪までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
 - ・ ○で囲んだ状態について、その程度・症状・処方薬等を右欄に具体的に記載してください。
 - ・ 特記すべき症状等がない場合は、「なし」と右欄に必ず記載してください。
※特記すべき症状の記載がない場合は、特記すべき症状がないと判断し、審査をします。
- 5 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
 - ・ ⑦知的障害等の「1 知的障害」の各事項については、全てもれなく記入してください。

- ・ 貴院で検査を実施していない場合は、他の検査機関で実施した検査結果をもって判定してください。なお、検査結果を別紙で添付する場合は、検査結果の書面の中に本認定診断書を作成する医師の署名または押印が必要です。
- ・ 検査結果は概ね2年以内のものであることが必要です。
- ・ 検査が困難な場合は、遠城寺式の検査などにより判定を行ってください。
- ・ 障害者の状態によりテスト不能である場合は、その裏付けとなる状態像等を右欄に具体的に記載してください。

6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。

7 ⑭の欄は、⑦から⑬までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。

8 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。

※ ⑮の欄は、⑤から⑭までの欄に記載された事項を総合的に判定して、障害の状況を詳細に記載してください。

なお、「要入院医療」と記載した場合は、その理由を併せて記入してください。

※ ⑯の欄は、治療歴、問題点などをできるだけ記載願います。

その他、作成に際してご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

東京都心身障害者福祉センター
調整課 手当担当
電話 03-3235-2949

(令和4年4月作成)