

令和8年度 医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業 利用申請書

記入日 令和 年 月 日

申請者(保護者)氏名

下記のとおり、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業の利用を申請します。

記

1 学校名 千葉県立 _____ 特別支援学校

2 学部・学年 _____ 部 _____ 年

3 児童生徒氏名 _____

4 現住所 _____

		事業者名	連絡先
5 利用しようとする事業者	看護師等事業者	①	
		②	
	車両事業者	①	
		②	

6 通学中に実施を希望する医療的ケア等 (✓してください)

- 吸引 [口腔鼻腔内の吸引 気管カニューレ内の吸引]
- 気管切開部の衛生管理
- 酸素療法
- てんかん発作時の対応
- その他 (_____)

7 利用申請にあたっての確認事項 (✓してください)

- 本事業の対象者は、医療的ケアが必要なため、スクールバスに乗車して通学することができず、保護者が送迎している児童生徒です。
- 通学中に実施する医療的ケアは、学校で実施している医療的ケアと同等の内容です。
- 訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者に対し、本事業の範囲を超える業務を依頼することはできません。
- 本事業を利用しての登下校の可否の判断は訪問看護等事業者の看護師等が行います。

令和8年度 医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業 利用申請書

記入してください	記入日	令和8年6月1日
	申請者(保護者)氏名	市場 一郎

下記のとおり、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業の利用を申請します。

記

- 1 学校名 千葉県立 いちば 特別支援学校
- 2 学部・学年 中学 部 2 年
- 3 児童生徒氏名 市場 太郎
- 4 現住所 千葉市中央区市場町1-1

		事業者名	連絡先
5 利用しようとする事業者	看護師等事業者	① 株式会社あんしん	123-456-7890
		② 医療財団法人通学会	098-765-4321
	車両事業者	① 介護タクシーあんぜん	111-222-3333
		② タクシーしえん 支援太郎	000-999-8888

6 通学中に実施を希望する医療的ケア等 (✓してください)

- 吸引 [口腔鼻腔内の吸引 気管カニューレ内の吸引]
- 気管切開部の衛生管理
- 酸素療法
- てんかん発作時の対応
- その他 ()

7 利用申請にあたっての確認事項 (✓してください)

- 本事業の対象者は、医療的ケアが必要なため、スクールバスに乘車して通学することができず、保護者が送迎している児童生徒です。
- 通学中に実施する医療的ケアは、学校で実施している医療的ケアと同等の内容です。
- 訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者に対し、本事業の範囲を超える業務を依頼することはできません。
- 本事業を利用しての登下校の可否の判断は訪問看護等事業者の看護師等が行います。

令和8年度 医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業 利用申請書

青枠で囲った部分の記載漏れがないか確認する。

記入してください

記入日

令和8年6月1日

申請者(保護者)氏名

市場 一郎

下記のとおり、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業の利用を申請します。

記

- 1 学校名 千葉県 いちば 特別支援学校
- 2 学部・学年 中学 部 2 年
- 3 児童生徒氏名 市場 太郎
- 4 現住所 千葉市中央区市場町1-1

		事業者名	連絡先
5 利用しようとする事業者	看護師等事業者	① 株式会社あんしん	123-456-7890
		② 医療財団法人通学会	098-765-4321
	車両事業者	① 介護タクシーあんぜん	111-222-3333
		② タクシーしえん 支援太郎	000-999-8888

6 通学中に実施を希望する医療的ケア等 (✓してください)

- 吸引 [口腔鼻腔内の吸引 気管カニューレ内の吸引]
- 気管切開部の衛生管理
- 酸素療法
- てんかん発作時の対応
- その他 ()

7 利用申請にあたっての確認事項 (✓してください)

- 本事業の対象者は、医療的ケアが必要なため、スクールバスに乘車して通学することができず、保護者が送迎している児童生徒です。
- 通学中に実施する医療的ケアは、学校で実施している医療的ケアと同等の内容です。
- 訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者に対し、本事業の範囲を超える業務を依頼することはできません。
- 本事業を利用しての登下校の可否の判断は訪問看護等事業者の看護師等が行います。

委任状

私は、千葉県立_____特別支援学校長を代理人として、通学費の現物支給に同意し、下記の権限を委任します。

記

令和8年度特別支援教育就学奨励費のうち、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業利用に係る福祉タクシー等乗車利用分の通学費の受領に関する一切の権限。

また、学校長が受領する通学費に関する就学奨励費については、事業者への支払いに充当することに同意します。

令和 年 月 日

学部・学年

部 年

児童生徒氏名

申請者(保護者)氏名

現住所

委任状

私は、千葉県立 いちば 特別支援学校長を代理人として、通学費の現物支給に同意し、下記の権限を委任します。

記

令和8年度特別支援教育就学奨励費のうち、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業利用に係る福祉タクシー等乗車利用分の通学費の受領に関する一切の権限。

また、学校長が受領する通学費に関する就学奨励費については、事業者への支払いに充当することに同意します。

記入してください

令和 8年 6月 1日

学部・学年

中学 部 2 年

児童生徒氏名

市場 太郎

申請者(保護者)氏名

市場 一郎

現住所

千葉市中央区市場町1-1

福祉タクシー等利用理由書

下記児童生徒が、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業利用時の通学に際する登下校において、福祉タクシー等の利用を承認くださるようお願いいたします。

- 1 学校名 千葉県立 _____ 特別支援学校
- 2 学部・学年 _____ 部 _____ 年
- 3 児童生徒氏名 _____
- 4 対象経費 通学費
- 5 乗車区間 自宅 ⇄ 在籍校
- 6 年間予定回数 片道40回
- 7 利用するタクシー事業者 _____
- 8 年間所要見込額 年間 _____ 円(予定) ※実際の金額とは誤差が生じるものとする。

9 福祉タクシー等を利用する理由

登下校中も医療的ケアが必要な児童生徒であり、障害の状態・特性等の実情を考慮するに、公共交通機関及びスクールバスの利用は困難なため、福祉タクシー等を利用する。
なお、利用ごとの理由は実施計画書及び報告書に記載する。

◎学校記入欄

上記の理由及び記載内容を確認したところ、当該児童生徒の通学に福祉タクシー等を利用することが 妥当であると認められるため、承認いたします。

令和 年 月 日

学校名 千葉県立 _____ 特別支援学校

校長名 _____

福祉タクシー等利用理由書

下記児童生徒が、医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業利用時の通学に際する登下校において、福祉タクシー等の利用を承認くださるようお願いいたします。

1 学校名 千葉県立 いちば 特別支援学校

2 学部・学年 _____ 部 2 年

3 児童生徒氏名 市場 太郎

4 対象経費 通学費

5 乗車区間 自宅 ⇄ 在籍校

6 年間予定回数 片道40回

7 利用するタクシー事業者 いちばタクシー(株)

8 年間所要見込額 年間 100,000 円(予定) ※実際の金額とは誤差が生じるものとする。

9 福祉タクシー等を利用する理由

登下校中も医療的ケアが必要な児童生徒であり、障害の状態・特性等の実情を考慮するに、公共交通機関及びスクールバスの利用は困難なため、福祉タクシー等を利用する。
なお、利用ごとの理由は実施計画書及び報告書に記載する。

◎学校記入欄

上記の理由及び記載内容を確認したところ、当該児童生徒の通学に福祉タクシー等を利用することが妥当であると認められるため、承認いたします。

令和 8年 6月 1日

学校名 千葉県立 いちば 特別支援学校

校長名 県庁 一男

記入してください