令和　　年度千葉県立特別支援学校　医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業

同意書（車両）

令和○○年○○月○○日

千葉県教育委員会教育長　様

住所

事業所名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 代表者名

保護者から依頼のあった「医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業」に係る協力に同意します。

１　学校名、学部及び学年

千葉県立　　　　　　　　　　　特別支援学校

　　　　　　　　部第　　　　　　　学年

２　対象者氏名（ふりがな）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　その他　※タクシー事業者以外は以下に記入してください

* 福祉有償運送事業者である

登録している市町村（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

令和　　年度千葉県立特別支援学校　医療的ケア児の通学に係る保護者支援モデル事業

見積書（車両等）

令和○○年○○月〇〇日

千葉県教育委員会教育長　様

住所

事業者名

代表者名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 本件責任者

担当者

電話番号

・対象者在籍校：

・対象者氏名：

下記の通り見積もりいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自宅 → 対象校 | 時　　間 | 約　　　　　　　分 |
| 距　　離 | ㎞ |
| 料金体系  適用されるものに  〇を付けてください | （　　　　）配車ごと1回あたり  （　　　　）メーター＜時間制運賃＞  （　　　　）メーター＜距離制運賃＞ | |
| **見積金額**  1回あたり | 円 | |

（※消費税及び地方消費税相当額込）