

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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	km
料金体系	( ) 配車ごと1回あたり	
適用されるものに ○を付けてください	( ) 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)