

# 記載例

松阪市医療的ケア児通院等交通費助成 **通所又は通園・通学証明書**

様

対象児童について、下記のとおり通所又は

この通所又は通園・通学証明書は、松阪市医療的ケア児通院等交通費助成制度において、助成を受ける際に必要となるものです。

お問合せは、松阪市障がい福祉課（0598-53-4188,4079）までお願いします。

対象児童	住所			
	氏名	生年月日	平成・令和	
医療的ケアの内容		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理	<input type="checkbox"/> 気管切開の管理	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引
		<input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法	
		<input checked="" type="checkbox"/> 通所・通園（通学）月を記入してください。	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 継続的な透析	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痙攣時の処置		
通所・通園(通学)月		通所・通園(通学)日		保護者の送迎回数*
10月		2、4、8～15、20～23日		往復 / 片道 4回
10月		5、10、25日		往復 / 片道 3回
12月		11～15、20～23日		往復 / 片道 2回
1月		1～5、11～17日		往復 / 片道 回
2月		3～4、10、23日		往復 / 片道 回
3月		10～20日		往復 / 片道 回
日		日		往復 / 片道
日		日		日
日		日		日
日		日		日
日		日		日
日		日		日
日		日		日
合計		往復 6回 片道 3回		

証明書に記載いただく「通所・通園（通学）月」において、必要であった医療的ケアにチェック✓をお願いします。

通所・通園（通学）日を記入してください。

短期入所など、宿泊を伴うものについては、○～○日とご記入のうえ、保護者の送迎回数は1回とカウントしてください。

保護者が送迎をしている場合の通所・通園（通学）の回数を記入してください。

保護者の送迎が往復である場合は、往復に○、片道のみの場合は、片道に○をしてください。

※ 保護者の送迎における回数をご記入ください。スクールバスを利用された場合は対象となりません。

令和 年 月 日

往復、片道それぞれの合計を  
所在地 記入してください。

名称

管理者氏名

