様式第3号（第6条関係）

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通園・通学したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童 | 住　所 |  | | | | | | | | |
| 氏　名 |  | | | | 生年月日 | 平成・令和　　　．　　． | | | |
| 医療的ケアの内容 | | □ 人工呼吸器による呼吸管理 | | □ 気管切開の管理 | | | | | □ 喀痰吸引 | |
| □ 鼻咽頭エアウェイの管理 | | □ 酸素療法 | | | | | □ ネブライザーの管理 | |
| □ 経管栄養 | | □ 中心静脈カテーテルの管理 | | | | | □ 皮下注射 | |
| □ 血糖測定 | | □ 継続的な透析 | | | | | □ 導尿 | |
| □ 排便管理 | | □ 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※ | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 月 | | | 日 | | | | | 往復 ／ 片道　 　　回 | | |
| 合　　　　　　　　計 | | | | | 往復　　　　　回 | | | | | 片道　　　　　回 |

※ 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などは対象となりません。

※ 対象の施設は、市外又は自宅から16㎞以上遠隔地にある施設等に限ります。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞