

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	<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"/> 鼻咽喉頭エアウェイの管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法		<input type="checkbox"/> ネブライザーの管理
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理		<input type="checkbox"/> 皮下注射
	<input type="checkbox"/> 血糖測定	<input type="checkbox"/> 継続的な透析		<input type="checkbox"/> 導尿
	<input type="checkbox"/> 排便管理	<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*	
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。

令和 年 月 日

所在地

名称

管理者氏名

㊟