

様式1

医療的ケア児通学支援事業利用申請書

医療的ケア児通学支援事業を利用した通学を実施したいので申請します。

ついては、学校、別添の訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者等と円滑な連携を図り、次の各号に掲げることに協力します。

記

- 一 児童生徒の健康状態を確認し、必要に応じて学校、訪問看護等事業者、福祉タクシー等事業者、実施施設、医療機関及びその他関係機関等へその状態を連絡すること。
- 二 本事業の範囲を超える業務の依頼を訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者に対して行わないこと。
- 三 児童生徒の車両への乗降が安全かつ確実に行われるよう、必要な協力を行うこと。
- 四 訪問看護等事業者又は学校が、対象者の健康状態等により、車両による通学を安全に行うことができないと判断したときは、必要に応じて、通学を見送るなどの対応をとること。
- 五 福祉タクシー等事業者の車両による通学中、訪問看護等事業者又は学校と常時連絡が取れる状態を確保し、必要に応じて、所要の対応を行うこと。
- 六 緊急時等の対応が可能な医療機関を確保するとともに、その情報を学校、訪問看護等事業者及び福祉タクシー等事業者と共有し、緊急時等においてそれら関係機関から連絡があった場合には、直ちに当該医療機関及び学校に連絡すること。
- 七 学校へ申し出た内容に変更がある場合には、遅延なくその旨を申し出ること。
- 八 児童生徒が、本事業の対象となくなくなった場合、本事業を利用した通学を休止すること。
- 九 医療的ケアに必要な医療器具や衛生物品は保護者が用意すること。

年 月 日

群馬県立

校長 様

(学部・学年)

(児童生徒名)

(保護者等名)