

福祉タクシー等事業者との確認書

医療的ケア児通学支援事業にかかり、医療的ケア児本人またはその保護者と

本人または保護者氏名	
住所	

福祉タクシー等事業者

事業者名	
住所	
電話番号	(担当者：)

は、以下のことを確認しました。 年 月 日

記

番号	確認事項	該当に○
1	福祉タクシー等事業者は、医療的ケア児と看護師を目的地まで輸送できる。	できる できない
2	登校時、医療的ケア児を乗降させる際の駐停車場所。 (下校時は学校指定場所)	医療的ケア児玄関前 医療的ケア児敷地内駐車場 その他 ()
3	通学経路と経路上の医療的ケア実施可能駐停車場所。 医療的ケア児輸送時の姿勢。	次ページ参照
4	通学に要する時間	() 分
5	運賃以外に毎回の通学に必要な経費 (1 回当たり 3,000 円まで学校が負担します)	(介助手数料 円)
6	運賃は保護者等へ、介助手数料等は学校へ分けて請求できるか。(運賃は保護者、介助手数料等は学校と分けて契約等できるか)	できる できない
7	キャンセルの連絡はどこにすればよいか。	連絡先 () 電話番号 ()
8	キャンセル料発生にかかる規定	() まで () % () まで () %
9	福祉タクシー等事業者は、学校が求める会議に参加できる。	できる できない
10	その他 ・ 保護者等が、日時と集合場所を伝え、予約します。 ・ ()	

通学経路と経路上の医療的ケア実施可能駐停車場所（略地図などで記載）

医療的ケア児輸送時の姿勢等（車椅子と車両の固定以外で、姿勢保持や医療的ケア実施等に必要な事項について必要に応じて写真等貼付）

- ※ 福祉タクシー等事業者は、上記をもとに見積書を作成する。
- ※ 様式に収まらない事項等、必要に応じて、別添資料を添付すること。