

様式4

医療的ケア児通学支援事業における児童生徒等の輸送にかかる同意書

群馬県立_____学校に在学する児童生徒の保護者_____（以下、「甲」という。）と_____代表取締役_____（以下「乙」という。）は、医療的ケア児通学支援事業における本児童生徒等の輸送について次のとおり同意する。

《同意事項》

- 1 乗車区間 甲の住所 — 群馬県立_____学校
- 2 乗車距離 _____k m
- 3 所要時間 _____分
- 4 経路 別紙
- 5 利用期間 令和 _____年 _____月 _____日～令和 _____年3月31日
- 6 運賃について、乙は甲に請求するものとする。
- 7 キャンセルについては、乙の規定等を踏まえ、甲と乙の合意のもと、甲が負担すべき費用が生じた場合には、甲が対応するものとする。
- 8 本事業の対象外となる利用にかかる費用については、甲が対応するものとする。

令和 _____年 _____月 _____日

甲 住所
氏名

印

乙 住所（所在地）
会社名
氏名（名称及び代表者名）

印

様式4 「医療的ケア児通学支援事業における児童生徒等の輸送にかかる同意書」 別紙

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が必要な事項について必要に応じて写真等貼付）