

## 静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用者登録要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、静岡県小児患者世帯交通費等支援金交付要綱（令和7年静岡県告示第296号。以下「交付要綱」という。）に定める入院及び通院への付添いに係る交通費等支援金（以下「支援金」という。）の交付に関し、交付要綱に定めるもののほか、必要な手続等について定めるものとする。

### (利用登録申請)

第2条 支援金の交付を希望する医療的ケア児を養育する世帯は、以下の書類を知事に提出するものとする。

(1) 静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用登録申請書（様式第1号）

(2) 交付対象期間内において有効な、以下のいずれかの書類の写し

ア スコア表

イ 障害支援区分認定の実施について（平成26年3月3日付け障発第0303第1号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）2に示す医師意見書

ウ 学校における医療的ケアの今後の対応について（平成31年3月20日付け30文科初第1769号 文部科学省初等中等教育局長通知）別添2（2）②2に定める医師の指示書

エ その他、スコア表の項目のうち一に該当する医療を受けていることがわかる書類

2 知事は、前項の申請書類の提出があった場合は、本事業の利用の適否を決定し、静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用承認／不承認決定通知書（様式第2号）によりその旨を通知するものとする。

### (利用登録後の手続)

第3条 第2条第2項の利用承認決定通知書を受領した医療的ケア児を養育する世帯は、交付要綱に定めるところにより、支援金の交付申請を行うことができる。

### (その他)

第4条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

### 附 則

この要領は、令和8年3月31日から施行する。

静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用登録申請書

静岡県知事 様

静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用者登録要領第2条の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			
受診者 (子ども)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
医療的ケアの内容 (チェック欄(□)に「レ」を入れてください。)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> 気管切開管理 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 <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"/> 痙攣時の対応		
<b>【同意事項及び誓約事項】</b> (チェック欄(□)に「レ」を入れてください。)				
<input type="checkbox"/> 医療的ケアの内容を確認するため、県がスコア表作成医療機関、市町及び通所支援事業所等に問い合わせること並びに各機関が県に回答することについて同意します。				
<input type="checkbox"/> 私は、小児慢性特定疾病医療費又は特定医療費（指定難病）の支給認定を受けている者ではありません。				

●入院／通院先医療機関

の医療的ケア内容		左の医療的ケアに係る入院／通院を行う医療機関	①	名称	
				所在地	
			②	名称	
				所在地	

※記入欄が不足する場合は、この様式の例により作成した書面に記載して、当該書面を添付すること

●支援金入金口座の情報

口座振込	金融機関名	銀行・信金 農協・労金		本店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人 (かかけで記入してください。)			

静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用 承認／不承認 決定通知書

（申請者氏名） 様

静岡県健康福祉部障害福祉課長

年 月 日付けで利用申請のあった静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用登録申請については、下記のとおり決定しましたので、静岡県医療的ケア児世帯交通費等支援事業利用者登録要領第2条第2項の規定により通知します。

記

申請者	氏名		受診者	氏名	
	住所				
利用の適否		承認 / 不承認			
利用承認 決定の内容 (※)	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療的ケアの内容		左の医療的ケアに係る通院／入院先		
利用不承認の理由					

※ 交付の申請にあたっては、受診に係る領収書の写し等を添付願います。