

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 6 年 5 月 2 4 日

恵庭市長 原 田



恵庭市規則第 1 7 号

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施規則の一部を改正する規則

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施規則(平成 2 4 年規則第 6 号)の一部を次のように改正する。

現行	改正案
恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施規則 (趣旨) 第 1 条 この規則は、恵庭市内にある教育施設等(小学校、中学校、保育園、幼稚園、認定こども園及び学童クラブの総称をいう。)_____において看護師を巡回させ、当該看護師に医療的ケア(たんの吸引、経管栄養その他医療的介助行為をいう。以下同じ。)を当該教育施設等に在籍する園児、児童又は生徒(以下これらを総称して「児童等」という。)に対して行わせること(以下「教育施設等巡回看護師配置事業」という。)に関し、必要な事項を定めるものとする。 (教育施設等巡回看護師配置事業の申請) 第 2 条 教育施設等巡回看護師配置事業を受けさせようとする児童等の保護者(以下「申請者」という。)は、次の各号に掲げる当該児童等の	恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業実施規則 (趣旨) 第 1 条 この規則は、恵庭市内にある教育施設等(小学校、中学校、保育園、幼稚園、認定こども園及び学童クラブの総称をいう。)で行われる事業等の実施場所において看護師を巡回させ、当該看護師に医療的ケア(たんの吸引、経管栄養その他医療的介助行為をいう。以下同じ。)を当該教育施設等に在籍する園児、児童又は生徒(以下これらを総称して「児童等」という。)に対して行わせること(以下「教育施設等巡回看護師派遣事業」という。)に関し、必要な事項を定めるものとする。 (教育施設等巡回看護師派遣事業の申請) 第 2 条 教育施設等巡回看護師派遣事業を受けさせようとする児童等の保護者(以下「申請者」という。)は、次の各号に掲げる当該児童等の

現行	改正案
区分に応じ、それぞれ当該各号に定める申請書を市長に提出しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(市立学校用)(様式第1号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(保育園等用)(様式第2号) 2～5 (略)	区分に応じ、それぞれ当該各号に定める申請書を市長に提出しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定申請書(市立学校用)(様式第1号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定申請書(保育園等用)(様式第2号) 2～5 (略)
(事業認定) 第3条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、申請に係る児童等についての教育施設等巡回看護師配置事業の実施の可否を決定し、実施することを決定したときは、次の各号に掲げる当該児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める通知書により申請者に対し通知しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定通知書(市立学校用)(様式第3号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定通知書(保育園等用)(様式第4号)	(事業認定) 第3条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、申請に係る児童等についての教育施設等巡回看護師派遣事業の実施の可否を決定し、実施することを決定したときは、次の各号に掲げる当該児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める通知書により申請者に対し通知しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定決定通知書(市立学校用)(様式第3号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定決定通知書(保育園等用)(様式第4号)
(実績報告) 第4条 申請者は、申請に係る児童等について、看護師による医療的ケアが行われた場合は、当該医療的ケアが行われた日が属する月ごとに、次の各号に掲げる当該児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める実績報告書を作成し、当該月の翌月7日までに市長に提出しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実績報告書(市立学校用)(様式第5号)	(実績報告) 第4条 申請者は、申請に係る児童等について、看護師による医療的ケアが行われた場合は、当該医療的ケアが行われた日が属する月ごとに、次の各号に掲げる当該児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める実績報告書を作成し、当該月の翌月7日までに市長に提出しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業実績報告書(市立学校用)(様式第5号)

現行	改正案
(2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設巡回看護師配置事業実績報告書(保育園等用)(様式第6号) 2 (略) (費用の負担) 第5条 (略) 2・3 (略) 4 前3項_____の規定は、申請者の同一世帯員全員が住民税(医療的ケアが行われた日が属する年度(当該医療的ケアを受けた日が4月1日から5月31日までの間の場合は、当該年度の前年度)の地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する市町村民税をいう。)が課されない者である場合には、適用しない。 第6条 (略) (変更届の提出) 第7条 申請者は、第2条の申請書の記載事項に変更が生じたときは、次の各号に掲げる対象となる児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める変更届を市長に提出しなければならない。ただし、市長が軽微な変更と認める場合は、この限りでない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(市立学校用)(様式第7号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(保育園	(2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設巡回看護師派遣事業実績報告書(保育園等用)(様式第6号) 2 (略) (費用の負担) 第5条 (略) 2・3 (略) 4 前3項及び次項の規定は、申請者の同一世帯員全員が住民税(医療的ケアが行われた日が属する年度(当該医療的ケアを受けた日が4月1日から5月31日までの間の場合は、当該年度の前年度)の地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する市町村民税をいう。)が課されない者である場合には、適用しない。 5 <u>申請者は、事業等の実施場所が市外の場合において、看護師による医療的ケアを行う必要があるときは、第1項に規定する負担額に加え、当該看護師の移動に伴う費用の額に100分の10を乗じて得た額を負担しなければならない。</u> 第6条 (略) (変更届の提出) 第7条 申請者は、第2条の申請書の記載事項に変更が生じたときは、次の各号に掲げる対象となる児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める変更届を市長に提出しなければならない。ただし、市長が軽微な変更と認める場合は、この限りでない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定変更届(市立学校用)(様式第7号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定変更届(保育園

現行	改正案
等用)(様式第8号) (認定の取消し) 第8条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、教育施設等巡回看護師配置事業の認定を取り消すことができる。 (1)・(2) (略) 2 市長は、前項の規定による取消しをした場合は、次の各号に掲げる対象となる児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める通知書により申請者に通知しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書(市立学校用)(様式第9号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書(保育園等用)(様式第10号) 3 (略) (適用除外) 第 9 条 この規則の規定は、恵庭市教育施設等医療的ケア支援事業費助成金交付規則(平成 23 年規則第 10 号)の規定の適用を受ける者については、適用しない。	等用)(様式第8号) (認定の取消し) 第8条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、教育施設等巡回看護師派遣事業の認定を取り消すことができる。 (1)・(2) (略) 2 市長は、前項の規定による取消しをした場合は、次の各号に掲げる対象となる児童等の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める通知書により申請者に通知しなければならない。 (1) 小学校又は中学校の児童又は生徒 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定決定取消通知書(市立学校用)(様式第9号) (2) 保育園、幼稚園若しくは認定こども園の園児又は学童クラブの児童 恵庭市教育施設等巡回看護師派遣事業認定決定取消通知書(保育園等用)(様式第10号) 3 (略) (恵庭市外の巡回) <u>第 9 条 事業等の実施場所が、市外の場合において、看護師を巡回させることに関し必要な事項は、市長が別に定める。</u> (適用除外) 第 10 条 この規則の規定は、恵庭市教育施設等医療的ケア支援事業費助成金交付規則(平成 23 年規則第 10 号)の規定の適用を受ける者については、適用しない。

現行

様式第1号(第2条関係)

様式第1号(第2条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(市立学校用)

学校名	恵庭市立	学校	学年	学年	地
児童・生徒氏名					
医療的ケアの実施期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療的ケアの内容					
医療的ケアの時間等					
医師の指示書料	円				
保護者の口座	金融機関名		支店名		
	預金種別及び口座番号		口座名義		
学校長証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 恵庭市立 学校長				

上記のとおり、教育施設等巡回看護師配置事業の認定を受けたく申請します。
※ 教育委員会が認定した看護師資格を保有する者が各教育施設等において行うことになる医療行為又は医療的ケアについて、医師の指示による重大な過失による場合を除き、事故等の補償について損害賠償を求めないことに同意します。
※ 同一世帯員全員の市町村長役の課税状況等について調査することに同意します。
※ 医師の指示書(原本)と指示書料の領収書の写し(指示書料の助成を受ける場合のみ)を添付すること。

年 月 日

恵庭市長 様

住所
保護者 氏名
電話

改正案

様式第1号(第2条関係)

様式第1号(第2条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(市立学校用)

学校名	恵庭市立	学校	学年	学年	地
児童・生徒氏名					
医療的ケアの実施期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療的ケアの内容					
医療的ケアの時間等					
医師の指示書料	円				
保護者の口座	金融機関名		支店名		
	預金種別及び口座番号		口座名義		
学校長証明	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 恵庭市立 学校長				

上記のとおり、教育施設等巡回看護師配置事業の認定を受けたく申請します。
※ 市が派遣した看護師資格を保有する者が各教育施設等において行うことになる医療行為又は医療的ケアについて、医師の指示による重大な過失による場合を除き、事故等の補償について損害賠償を求めないことに同意します。
※ 同一世帯員全員の市町村長役の課税状況等について調査することに同意します。
※ 医師の指示書(原本)と指示書料の領収書の写し(指示書料の助成を受ける場合のみ)を添付すること。

年 月 日

恵庭市長 様

住所
保護者 氏名
電話

様式第2号(第2条関係)

様式第2号(第2条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(保育園等用)

施設名					
園児又は児童氏名・生年月日	年 月 日生				
医療的ケアの実施期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療的ケアの内容					
医療的ケアの時間等					
医師の指示書料	円				
保護者の口座	金融機関名		支店名		
	預金種別及び口座番号		口座名義		
施設長同意	当施設において園児又は児童の医療的ケアを実施することに同意します。 年 月 日 施設名 施設長				

上記のとおり、教育施設等巡回看護師配置事業の認定を受けたく申請します。
※ 教育委員会が認定した看護師資格を保有する者が各教育施設等において行うことになる医療行為又は医療的ケアについて、医師の指示による重大な過失による場合を除き、事故等の補償について損害賠償を求めないことに同意します。
※ 同一世帯員全員の市町村長役の課税状況等について調査することに同意します。
※ 医師の指示書(原本)と指示書料の領収書の写し(指示書料の助成を受ける場合のみ)を添付すること。
※ 施設長の同意を得て提出すること。

年 月 日

恵庭市長 様

住所
保護者 氏名
電話

様式第2号(第2条関係)

様式第2号(第2条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定申請書(保育園等用)

施設名					
園児又は児童氏名・生年月日	年 月 日生				
医療的ケアの実施期間	年 月 日から 年 月 日まで				
医療的ケアの内容					
医療的ケアの時間等					
医師の指示書料	円				
保護者の口座	金融機関名		支店名		
	預金種別及び口座番号		口座名義		
施設長同意	当施設において園児又は児童の医療的ケアを実施することに同意します。 年 月 日 施設名 施設長				

上記のとおり、教育施設等巡回看護師配置事業の認定を受けたく申請します。
※ 市が派遣した看護師資格を保有する者が各教育施設等において行うことになる医療行為又は医療的ケアについて、医師の指示による重大な過失による場合を除き、事故等の補償について損害賠償を求めないことに同意します。
※ 同一世帯員全員の市町村長役の課税状況等について調査することに同意します。
※ 医師の指示書(原本)と指示書料の領収書の写し(指示書料の助成を受ける場合のみ)を添付すること。
※ 施設長の同意を得て提出すること。

年 月 日

恵庭市長 様

住所
保護者 氏名
電話

現行	改正案																																																												
様式第3号(第3条関係) 様式第3号(第3条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業決定通知書(市立学校用) 住 所 保護者氏名 先に申請のありました。 年度の恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業の交付決定について、次のとおり決定したので通知します。 なお、申請時の内容に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。 年 月 日 恵庭市長 1 巡回看護師配置事業 巡回看護師が医療的ケアを行った回数に1回当たりの看護市の製造費用の額を乗じて得た額(1月当たりの額が8,040円を超えるときは、その月については5,040円)を負担してください。 次の表のとおり四半期ごとに納めてください。 <table><thead><tr><th>期別</th><th>期間</th><th>納入月</th><th>1回当たりの費用の額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1期</td><td>4月～6月</td><td>7月</td><td></td></tr><tr><td>第2期</td><td>7月～9月</td><td>10月</td><td></td></tr><tr><td>第3期</td><td>10月～12月</td><td>1月</td><td></td></tr><tr><td>第4期</td><td>1月～3月</td><td>4月</td><td></td></tr></tbody></table> 2 医師の指示資料の納付額 申請にかかった医師の指示資料については、申請書に記載された日数へ振り込みます。 <table><thead><tr><th>納付額</th><th>支払月</th></tr></thead><tbody><tr><td>円</td><td>月</td></tr></tbody></table> 3 対象児童・生徒 <table><thead><tr><th>学校名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>年・組</td><td></td></tr><tr><td>児童生徒名</td><td></td></tr></tbody></table>	期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額	第1期	4月～6月	7月		第2期	7月～9月	10月		第3期	10月～12月	1月		第4期	1月～3月	4月		納付額	支払月	円	月	学校名		年・組		児童生徒名		様式第3号(第3条関係) 様式第3号(第3条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業決定通知書(市立学校用) 住 所 保護者氏名 先に申請のありました。 年度の恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業の交付決定について、次のとおり決定したので通知します。 なお、申請時の内容に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。 年 月 日 恵庭市長 1 巡回看護師配置事業 巡回看護師が医療的ケアを行った回数に1回当たりの看護市の製造費用の額を乗じて得た額(1月当たりの額が8,040円を超えるときは、その月については5,040円)を負担してください。 次の表のとおり四半期ごとに納めてください。 <table><thead><tr><th>期別</th><th>期間</th><th>納入月</th><th>1回当たりの費用の額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1期</td><td>4月～6月</td><td>7月</td><td></td></tr><tr><td>第2期</td><td>7月～9月</td><td>10月</td><td></td></tr><tr><td>第3期</td><td>10月～12月</td><td>1月</td><td></td></tr><tr><td>第4期</td><td>1月～3月</td><td>4月</td><td></td></tr></tbody></table> 2 医師の指示資料の納付額 申請にかかった医師の指示資料については、申請書に記載された日数へ振り込みます。 <table><thead><tr><th>納付額</th><th>支払月</th></tr></thead><tbody><tr><td>円</td><td>月</td></tr></tbody></table> 3 対象児童・生徒 <table><thead><tr><th>学校名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>年・組</td><td></td></tr><tr><td>児童生徒名</td><td></td></tr></tbody></table>	期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額	第1期	4月～6月	7月		第2期	7月～9月	10月		第3期	10月～12月	1月		第4期	1月～3月	4月		納付額	支払月	円	月	学校名		年・組		児童生徒名	
期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額																																																										
第1期	4月～6月	7月																																																											
第2期	7月～9月	10月																																																											
第3期	10月～12月	1月																																																											
第4期	1月～3月	4月																																																											
納付額	支払月																																																												
円	月																																																												
学校名																																																													
年・組																																																													
児童生徒名																																																													
期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額																																																										
第1期	4月～6月	7月																																																											
第2期	7月～9月	10月																																																											
第3期	10月～12月	1月																																																											
第4期	1月～3月	4月																																																											
納付額	支払月																																																												
円	月																																																												
学校名																																																													
年・組																																																													
児童生徒名																																																													
様式第4条(第3条関係) 様式第4号(第3条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業決定決定通知書(民間等利用) 住 所 保護者氏名 先に申請のありました。 年度の恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業の決定について、次のとおり決定したので通知します。 なお、申請時の内容に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。 年 月 日 恵庭市長 1 巡回看護師配置事業 巡回看護師が医療的ケアを行った回数に1回当たりの看護市の製造費用の額を乗じて得た額(1月当たりの額が5,040円を超えるときは、その月については25,040円)を負担してください。 次の表のとおり四半期ごとに納めてください。 <table><thead><tr><th>期別</th><th>期間</th><th>納入月</th><th>1回当たりの費用の額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1期</td><td>4月～6月</td><td>7月</td><td></td></tr><tr><td>第2期</td><td>7月～9月</td><td>10月</td><td></td></tr><tr><td>第3期</td><td>10月～12月</td><td>1月</td><td></td></tr><tr><td>第4期</td><td>1月～3月</td><td>4月</td><td></td></tr></tbody></table> 2 医師の指示資料の納付額 申請にかかった医師の指示資料については、申請書に記載された日数へ振り込みます。 <table><thead><tr><th>納付額</th><th>支払月</th></tr></thead><tbody><tr><td>円</td><td>月</td></tr></tbody></table> 3 対象児童 <table><thead><tr><th>施設名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>児童名又は児童名</td><td></td></tr></tbody></table>	期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額	第1期	4月～6月	7月		第2期	7月～9月	10月		第3期	10月～12月	1月		第4期	1月～3月	4月		納付額	支払月	円	月	施設名		児童名又は児童名		様式第4条(第3条関係) 様式第4号(第3条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業決定決定通知書(民間等利用) 住 所 保護者氏名 先に申請のありました。 年度の恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業の決定について、次のとおり決定したので通知します。 なお、申請時の内容に変更が生じた場合は、変更届を提出してください。 年 月 日 恵庭市長 1 巡回看護師配置事業 巡回看護師が医療的ケアを行った回数に1回当たりの看護市の製造費用の額を乗じて得た額(1月当たりの額が5,040円を超えるときは、その月については25,040円)を負担してください。 次の表のとおり四半期ごとに納めてください。 <table><thead><tr><th>期別</th><th>期間</th><th>納入月</th><th>1回当たりの費用の額</th></tr></thead><tbody><tr><td>第1期</td><td>4月～6月</td><td>7月</td><td></td></tr><tr><td>第2期</td><td>7月～9月</td><td>10月</td><td></td></tr><tr><td>第3期</td><td>10月～12月</td><td>1月</td><td></td></tr><tr><td>第4期</td><td>1月～3月</td><td>4月</td><td></td></tr></tbody></table> 2 医師の指示資料の納付額 申請にかかった医師の指示資料については、申請書に記載された日数へ振り込みます。 <table><thead><tr><th>納付額</th><th>支払月</th></tr></thead><tbody><tr><td>円</td><td>月</td></tr></tbody></table> 3 対象児童 <table><thead><tr><th>施設名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>児童名</td><td></td></tr><tr><td>児童名又は児童名</td><td></td></tr></tbody></table>	期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額	第1期	4月～6月	7月		第2期	7月～9月	10月		第3期	10月～12月	1月		第4期	1月～3月	4月		納付額	支払月	円	月	施設名		児童名		児童名又は児童名			
期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額																																																										
第1期	4月～6月	7月																																																											
第2期	7月～9月	10月																																																											
第3期	10月～12月	1月																																																											
第4期	1月～3月	4月																																																											
納付額	支払月																																																												
円	月																																																												
施設名																																																													
児童名又は児童名																																																													
期別	期間	納入月	1回当たりの費用の額																																																										
第1期	4月～6月	7月																																																											
第2期	7月～9月	10月																																																											
第3期	10月～12月	1月																																																											
第4期	1月～3月	4月																																																											
納付額	支払月																																																												
円	月																																																												
施設名																																																													
児童名																																																													
児童名又は児童名																																																													

現行

様式第5号(第4条関係)

様式第5号(第4条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施報告書(市立学校用) (月分)

学校名	恵庭市立	学校	学年	学年	期
児童・生徒氏名					
日	確認印	日	確認印	日	確認印
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20		31	
10		21			
11		22			
金額	自己負担分1回	円×今月計	回	円	
今月自己負担額	円 (上限額5,040円)				
学校長証明	上記のとおり、巡回看護師配置事業の実績報告をいたします。 巡回看護師は保護者が確認し押印願います。				

年 月 日
恵庭市長 様

改正案

様式第5号(第4条関係)

様式第5号(第4条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施報告書(市立学校用) (月分)

学校名	恵庭市立	学校	学年	学年	期
児童・生徒氏名					
日	確認印	日	確認印	日	確認印
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20		31	
10		21			
11		22			
金額	自己負担分1回	円×今月計	回	円	
今月自己負担額	円 (上限額5,040円)				
学校長証明	上記のとおり、巡回看護師配置事業の実績報告をいたします。 巡回看護師は保護者が確認し押印願います。				

年 月 日
恵庭市長 様

様式第6号(第4条関係)

様式第6号(第4条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施報告書(私立学校用) (月分)

施設名					
施設又は児童 氏名・生年月日	年 月 日				
日	確認印	日	確認印	日	確認印
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20		31	
10		21			
11		22			
金額	自己負担分1回	円×今月計	回	円	
今月自己負担額	円 (上限額5,040円)				
施設長証明	上記のとおり、巡回看護師配置事業の実績報告をいたします。 巡回看護師は保護者が確認し押印願います。				

年 月 日
恵庭市長 様

様式第6号(第4条関係)

様式第6号(第4条関係)

恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業実施報告書(私立学校用) (月分)

施設名					
施設又は児童 氏名・生年月日	年 月 日				
日	確認印	日	確認印	日	確認印
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20		31	
10		21			
11		22			
金額	自己負担分1回	円×今月計	回	円	
今月自己負担額	円 (上限額5,040円)				
施設長証明	上記のとおり、巡回看護師配置事業の実績報告をいたします。 巡回看護師は保護者が確認し押印願います。				

年 月 日
恵庭市長 様

現行	改正案																																																																																												
様式第7号(第7条関係) 様式第7号(第7条関係) 厚田市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(市立学校用) <table><thead><tr><th>学校名</th><th>厚田市立</th><th>学校</th><th>学年</th><th>学年</th><th>種</th></tr></thead><tbody><tr><td>児童・生徒氏名</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>変更年月日</td><td colspan="5">年 月 日(事業発生日)</td></tr><tr><td>変更事由</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="3">保護者の口座の変更</td><td colspan="2">金融機関名</td><td colspan="3">支店名</td></tr><tr><td colspan="2">預金種別及び口座番号</td><td colspan="3">口座名義</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)</td><td colspan="5">上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長</td></tr></tbody></table> 上記のとおり、提出します。 年 月 日 厚田市長 様 住所 保護者 氏名 電話	学校名	厚田市立	学校	学年	学年	種	児童・生徒氏名						変更年月日	年 月 日(事業発生日)					変更事由						保護者の口座の変更	金融機関名		支店名			預金種別及び口座番号		口座名義								学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長					様式第7号(第7条関係) 様式第7号(第7条関係) 厚田市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(市立学校用) <table><thead><tr><th>学校名</th><th>厚田市立</th><th>学校</th><th>学年</th><th>学年</th><th>種</th></tr></thead><tbody><tr><td>児童・生徒氏名</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td>変更年月日</td><td colspan="5">年 月 日(事業発生日)</td></tr><tr><td>変更事由</td><td colspan="5"></td></tr><tr><td rowspan="3">保護者の口座の変更</td><td colspan="2">金融機関名</td><td colspan="3">支店名</td></tr><tr><td colspan="2">預金種別及び口座番号</td><td colspan="3">口座名義</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)</td><td colspan="5">上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長</td></tr></tbody></table> 上記のとおり、提出します。 年 月 日 厚田市長 様 住所 保護者 氏名 電話	学校名	厚田市立	学校	学年	学年	種	児童・生徒氏名						変更年月日	年 月 日(事業発生日)					変更事由						保護者の口座の変更	金融機関名		支店名			預金種別及び口座番号		口座名義								学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長				
学校名	厚田市立	学校	学年	学年	種																																																																																								
児童・生徒氏名																																																																																													
変更年月日	年 月 日(事業発生日)																																																																																												
変更事由																																																																																													
保護者の口座の変更	金融機関名		支店名																																																																																										
	預金種別及び口座番号		口座名義																																																																																										
学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長																																																																																												
学校名	厚田市立	学校	学年	学年	種																																																																																								
児童・生徒氏名																																																																																													
変更年月日	年 月 日(事業発生日)																																																																																												
変更事由																																																																																													
保護者の口座の変更	金融機関名		支店名																																																																																										
	預金種別及び口座番号		口座名義																																																																																										
学校長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 厚田市立 学校長																																																																																												
様式第8号(第7条関係) 様式第8号(第7条関係) 厚田市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(保育園等用) <table><thead><tr><th>施設名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>園児又は児童 氏名・生年月日</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>変更年月日</td><td>年 月 日(事業発生日)</td></tr><tr><td>変更事由</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">保護者の口座の変更</td><td>金融機関名</td><td>支店名</td></tr><tr><td>預金種別及び口座番号</td><td>口座名義</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)</td><td>上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長</td></tr></tbody></table> 上記のとおり、提出します。 年 月 日 厚田市長 様 住所 保護者 氏名 電話	施設名		園児又は児童 氏名・生年月日	年 月 日生	変更年月日	年 月 日(事業発生日)	変更事由		保護者の口座の変更	金融機関名	支店名	預金種別及び口座番号	口座名義			施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長	様式第8号(第7条関係) 様式第8号(第7条関係) 厚田市教育施設等巡回看護師配置事業認定変更届(保育園等用) <table><thead><tr><th>施設名</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>園児又は児童 氏名・生年月日</td><td>年 月 日生</td></tr><tr><td>変更年月日</td><td>年 月 日(事業発生日)</td></tr><tr><td>変更事由</td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">保護者の口座の変更</td><td>金融機関名</td><td>支店名</td></tr><tr><td>預金種別及び口座番号</td><td>口座名義</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td>施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)</td><td>上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長</td></tr></tbody></table> 上記のとおり、提出します。 年 月 日 厚田市長 様 住所 保護者 氏名 電話	施設名		園児又は児童 氏名・生年月日	年 月 日生	変更年月日	年 月 日(事業発生日)	変更事由		保護者の口座の変更	金融機関名	支店名	預金種別及び口座番号	口座名義			施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長																																																										
施設名																																																																																													
園児又は児童 氏名・生年月日	年 月 日生																																																																																												
変更年月日	年 月 日(事業発生日)																																																																																												
変更事由																																																																																													
保護者の口座の変更	金融機関名	支店名																																																																																											
	預金種別及び口座番号	口座名義																																																																																											
施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長																																																																																												
施設名																																																																																													
園児又は児童 氏名・生年月日	年 月 日生																																																																																												
変更年月日	年 月 日(事業発生日)																																																																																												
変更事由																																																																																													
保護者の口座の変更	金融機関名	支店名																																																																																											
	預金種別及び口座番号	口座名義																																																																																											
施設長証明 (口座の変更のみの場合は不要)	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 施設名 施設長																																																																																												

現行	改正案																																								
様式第 9 条(第 8 条関係) 様式第 9 号 (第 8 条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書 (中学校用) 年 月 日 保護者 氏名 様 <table border="1"> <tr> <td>学校名</td> <td>恵庭市立</td> <td>学校</td> <td>学年</td> <td>学年 組</td> </tr> <tr> <td>児童・生徒氏名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>取消年月日</td> <td colspan="4">年 月 日取消</td> </tr> <tr> <td>取消事由</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> 上記事由により、恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定の決定を取り消します。 恵 庭 市 長 (公印省略)	学校名	恵庭市立	学校	学年	学年 組	児童・生徒氏名					取消年月日	年 月 日取消				取消事由					様式第 9 条(第 8 条関係) 様式第 9 号 (第 8 条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書 (中学校用) 年 月 日 保護者 氏名 様 <table border="1"> <tr> <td>学校名</td> <td>恵庭市立</td> <td>学校</td> <td>学年</td> <td>学年 組</td> </tr> <tr> <td>児童・生徒氏名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>取消年月日</td> <td colspan="4">年 月 日取消</td> </tr> <tr> <td>取消事由</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> 上記事由により、恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定の決定を取り消します。 恵 庭 市 長 (公印省略)	学校名	恵庭市立	学校	学年	学年 組	児童・生徒氏名					取消年月日	年 月 日取消				取消事由				
学校名	恵庭市立	学校	学年	学年 組																																					
児童・生徒氏名																																									
取消年月日	年 月 日取消																																								
取消事由																																									
学校名	恵庭市立	学校	学年	学年 組																																					
児童・生徒氏名																																									
取消年月日	年 月 日取消																																								
取消事由																																									
様式第 10 号(第 8 条関係) 様式第 10 号 (第 8 条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書 (保育園等用) 年 月 日 保護者 氏名 様 <table border="1"> <tr> <td>施設名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>園児氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取消年月日</td> <td>年 月 日取消</td> </tr> <tr> <td>取消事由</td> <td></td> </tr> </table> 上記事由により、恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定の決定を取り消します。 恵 庭 市 長 (公印省略)	施設名		園児氏名		取消年月日	年 月 日取消	取消事由		様式第 10 号(第 8 条関係) 様式第 10 号 (第 8 条関係) 恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定決定取消通知書 (保育園等用) 年 月 日 保護者 氏名 様 <table border="1"> <tr> <td>施設名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>園児氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>取消年月日</td> <td>年 月 日取消</td> </tr> <tr> <td>取消事由</td> <td></td> </tr> </table> 上記事由により、恵庭市教育施設等巡回看護師配置事業認定の決定を取り消します。 恵 庭 市 長 (公印省略)	施設名		園児氏名		取消年月日	年 月 日取消	取消事由																									
施設名																																									
園児氏名																																									
取消年月日	年 月 日取消																																								
取消事由																																									
施設名																																									
園児氏名																																									
取消年月日	年 月 日取消																																								
取消事由																																									

備考 改正箇所は、下線が引かれた部分である。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。