保護者→市

様式１

医療的ケア実施申込書

１　医療的ケアの実施を申し込みする子ども

|  |  |
| --- | --- |
| 希望教育・保育施設名 |  |
| 子ども氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日　　歳 |
| 現住所 |  |
| 電話番号（携帯番号） |  | 緊急連絡先 |  |

２　保育施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法
（該当するケアの内容に○を記入する）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 教育・保育施設に依頼する方法等 |
| ①口腔内の喀痰吸引 |  |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 |  |
| ③気管カニューレ内の喀痰吸引 |  |
| ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 |  |
| ⑤経鼻経管栄養 |  |
| ⑥その他（　　　　　　　　） |  |

 　※上記①～⑥については、普段（緊急時以外）必要とする医療的ケアの内容を記載してください

３　医療的ケアに関する主治医の意見書(別紙)

五所川原市長

上記の医療的ケアについて、教育・保育施設での実施を申し込みます。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

保護者氏名