第１号様式

医療的ケア実施希望申込書

葛城市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 保護者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話 |  |

保育施設における医療的ケアの実施希望申込書を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療的ケアが必要な児童名 | | フリガナ | | 性 別 | 年齢 | 歳 | 生年  月日 | 年　 　　　月　　 　日生 |
|  | |
| 児童の住所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号  （携帯番号） | | □ 上記保護者と同じ  □ 上記保護者と異なる ［電話等番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | □上記保護者と同じ | □上記保護者と異なる　　　　［続柄 　　　　〕  ［氏名　　　　　　　　　　　　　　　］　　［電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | | | |
| 実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等 | 医療的ケアの内容  （該当する内容に〇を記入ください） | | 保育施設で実施を希望する方法 | | | | | |
| 吸引  ・口腔 　・鼻腔  ・気管切開部 | |  | | | | | |
| 経管栄養  ・経鼻経管  ・胃ろう 　・腸ろう | |  | | | | | |
| その他（具体的に） | |  | | | | | |