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） |  |