**様式５**

年　　月　　日

保護者　様

横手市長

医療的ケア実施可否判断通知書

保育所等における医療的ケア実施の申込みについて、協議の結果、下記のとおり判断しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳） |
| 協議結果 | 対象児童の医療的ケアについては、以下の保育所等において実施が可能です。保育所等名： |
| 特記事項 | 　保育利用を希望される場合は、　　年　　月　　日までに、「保育園・認定こども園等利用のしおり」に記載された申請に必要な書類を揃え、申込みを行ってください。 |
| 備考 |  |

**様式５**

年　　月　　日

保護者　様

横手市長

医療的ケア実施可否判断通知書

保育所等における医療的ケア実施の申込みについて、協議の結果、下記のとおり判断しましたので通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳） |
| 協議結果 | 対象児童の医療的ケアについては、保育所等において実施できません。 |
| 理由 | 　対象児童の医療的ケアについて、病状や医療的ケアの内容を関係機関で十分に協議した結果、現時点では集団保育の実施は困難と判断します。 |