**様式１**

**医療的ケア実施申込書**

１　医療的ケアの実施を申込む児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳） |
| 現住所 |  |

２　医療的ケアの実施を申込む児童の家族

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | ふりがな氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先 |
|  |  |  |  |
| 連絡先 |  | 緊急連絡先 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同居者 | ふりがな氏名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

３　希望する保育所等

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 |  |
| 第二希望 |  |

４　保育所等に依頼する医療的ケアの内容及び方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケア内容（該当するケアの内容に〇を記入してください。） | 保育所等に依頼する医療的ケアの方法 |
| 人工呼吸器・酸素濃縮装置 |  |
| 吸引気管カニューレ内・口腔・鼻腔 |  |
| 経管栄養経鼻経管・胃ろう・腸ろう |  |
| 中心静脈栄養 |  |
| ストーマ・導尿 |  |
| その他 |  |

５　主治医意見書（様式２）

　横手市長　様

　上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

児童氏名

保護者氏名