**様式３**

**医療的ケア児の保育に関する同意書**

|  |  |
| --- | --- |
| 項番 | 確認事項 |
| ⑴ | 「横手市医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」を確認し、「第５ 保護者の了承事項」の内容を理解し、すべて了承します。 |
| ⑵ | やむを得ない事情により医療行為を行う看護師等が勤務できない場合には、保育の利用ができない場合があることを了承します。 |
| ⑶ | 実施保育所等内で、感染症が一定数以上発症した場合、保育の利用の判断は保護者の責任で行います。また、実施保育所等の判断で保育利用を控えてもらう場合があることを了承します。 |
| ⑷ | 実施保育所等が必要と認める時には、保護者の費用負担により主治医等を受診することを了承します。 |
| ⑸ | 医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と実施保育所等が判断した場合、保護者へ連絡する前に医療的ケア児を医療機関等に搬送し、受診又は治療が行われることがあり、それに伴い生じた費用については保護者の負担となることを了承します。 |
| ⑹ | 栄養チューブ及び気管カニューレの交換は、保護者の責任のもと、自宅や受診時に行います。 |
| ⑺ | 災害時対策として、万が一災害時に保護者等が迎えに来られないことがある可能性を想定し、必要な分の非常食や医薬品を登園時に持参します。 |
| ⑻ | 医療的ケア児の状態の変化等により、市が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要となった場合は、原則として退所となることを了承します。 |
| ⑼ | 実施保育所等の人員 、施設又は設備の状況により、医療的ケア児の受入れができなくなる場合があることを了承します。 |
| ⑽ | 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等について関係機関と共有することを了承します。 |
| ⑾ | 医療的ケア児の状況や集団保育を実施する上で必要なことは、他の児童やその保護者と共有する場合があることを了承します。 |
| ⑿ | ⑴から⑾のほか、市及び実施保育所等との間で取り決めた事項を遵守します。 |

横手市長　様

　上記の医療的ケア児の保育に関する確認事項について、同意しました。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

保護者署名