

第1号様式

医療的ケア実施申込書

年 月 日

府 中 市 長

申請者(世帯主)住所

氏名

電話

「医療的ケア児の保育所受入れガイドライン」に記載の内容について了承し、保育所での医療的ケアの実施について、次のとおり申し込みます。

1 保育所での医療的ケアの実施を申し込む児童

|            |  |     |               |       |
|------------|--|-----|---------------|-------|
| ふりがな<br>氏名 |  | 男・女 | 生年月日          | 年 月 日 |
|            |  |     | 令和7年4月1日 現在 歳 |       |

2 連絡先 ※連絡順に記入

|   | 続柄 | 氏名 | 電話番号 |
|---|----|----|------|
| 1 |    |    |      |
| 2 |    |    |      |
| 3 |    |    |      |

3 保育所での実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法

| ケアの内容   | 保育所で実施を希望する方法、使用器具等 |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう )     |                     |
| <input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) |                     |
| <input type="checkbox"/> 導尿   |                     |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法 (在宅酸素療法) の管理  |                     |
| <input type="checkbox"/> 吸入 (ネブライザー)  |                     |
| <input type="checkbox"/> インスリン注射 (皮下注射の管理を含む)   |                     |
| <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ)  |                     |