

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 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
			令和9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
☐ 経管栄養（ ☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう）	
☐ 吸引（ ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管 カニューレ内）	
☐ 導尿	
☐ 酸素療法（在宅酸素療法）の管理	
☐ 吸入（ネブライザー）	
☐ インスリン注射（皮下注射の管理を含む）	
☐ 人工肛門（ストーマ）	
☐ その他（ ）	

※ なお、医療的ケア実施可否の検討の結果、実施が不可となる場合があります。