

第 1 号様式 (第 12 条関係)

年 月 日

武蔵野市長 殿

武蔵野市医療的ケア実施申請書

このことについて、保育所の入所にあたり、下記のとおり医療的ケアの実施について申請します。

記

フリガナ		性別		在胎週数	週	日
児童氏名		生年月日		年	月	日
保護者氏名		電話番号				
住所				出生体重	g	
本児童に関する心身の状況、必要とする医療的ケアの内容及び主治医の意見書の内容について、医療的ケアの実施を市が委託する事業者に情報提供することに同意します（同意する場合、右欄にチェックをしてください。）。					<input type="checkbox"/> はい	

必要な医療的ケアの内容 (該当にチェックをしてください。)	医療的ケアの具体的な実施方法等
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔	
<input type="checkbox"/> その他	

市記載欄

受付	係	主任	係長	課長