医療的ケア実施申込書

（様式１）

年　　　月　　　日

（宛先）茅ヶ崎市長／茅ヶ崎市福祉事務所長

次のとおり、保育施設における医療的ケアの実施を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　護　者 | （フリガナ）  氏名 |  | | | 生年月日 | | | 年 　月　　日 | |
| 住所 |  | | | | | | | |
| 電話番号 | ①父・母・その他(　　　　)  　　　　-　　　　- | | | | ②父・母・その他(　　　　)  　　　　-　　　　　　- | | | |
| 児　童 | （フリガナ）  氏名 |  | | | 生年月日 | | | 年 　月　　日 | |
| 現在の居場所 | □自宅　□親戚宅　□職場　□認可外施設　□幼稚園  □市外認可保育所等　□その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 希望保育施設 | | 第１希望　　　　　　　　　　第２希望  第３希望　　　　　　　　　　第４希望  第５希望　　　　　　　　　　第６希望 | | | | | | | |
| 同　居　者  (申込児童以外) | (フリガナ)  氏名 | | 続柄 | 生年月日 | | | 年齢 | | 職業  児童は学校名・園名 |
|  | | 父 | ・　・ | | |  | |  |
|  | | 母 | ・　・ | | |  | |  |
|  | |  | ・　・ | | |  | |  |
|  | |  | ・　・ | | |  | |  |
|  | |  | ・　・ | | |  | |  |
| 家庭の  状況 | 父 | | | 母 | | | | | |
| □就労（就労先名称：　　　　　　　）  □求職活動　□就学　□介護・看護  □疾病・障がい　□出産　□その他 | | | □就労（就労先名称：　　 　　　　）  □求職活動　□就学　□介護・看護  □疾病・障がい　□出産　□その他  医療的ケアの実施可否及び保育所等での受入れに際し、児童に有益となる必要な情報を、他の医療機関及び関係機関等と共有することに同意します。 | | | | | |
| 個人情報の  取り扱いについて | | □ | | | | | | | |