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 | 　□ |