

医療的ケア実施申込書

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。

児童	(フリガナ) 氏名				生年 月日	年 月 日	翌年4月1日時点の クラス年齢 歳クラス
	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 ()					
保護者	(フリガナ) 氏名				生年月日	年 月 日	
	住所						
	電話番号	優先①父・母・その他() - -			優先②父・母・その他() - -		
希望保育施設		第1希望			第4希望		
		第2希望			第5希望		
		第3希望			第6希望		
(申込児童以外)	(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	年齢	所属先 (就労先や通園先等)		
家庭状況	父			母			
	☐ 就労 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 介護・看護 ☐ 疾病・障がい ☐ その他 ()			☐ 就労 ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 介護・看護 ☐ 疾病・障がい ☐ 出産 ☐ その他 ()			
個人情報の取り扱いについて		☐ 医療的ケアの実施可否及び保育所等での受け入れに際し、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。					