第１号様式

**医療的ケア実施申込書**

受付者

　八王子市医療的ケアを必要とする児童等に係る保育利用要綱第4条第1項の規定により、保育施設における　医療的ケアの実施申込書を提出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保護者 | 住所 | 〒　　　－八王子市 | 受　付　印 |
|  |
| 氏名 |  | 固定電話 | 　　－　　－ |
| 携帯電話 | 父　　　－　　　－ | 母　　　－　　　－ |
| 児童 | フリガナ |  | 続柄 | 性別 |
| 氏名 |  |  | 男　・　女 |
| 生年月日(令和6.4.1現在の年齢） |  　　 . 　 　. 　　（　　　歳） |
| 現在の保育状況（該当区分に印を記入） | □（父・母）が保育　　　□祖父母が保育　　　□一時保育　　　□職場保育(　有料　・　無料　)　　　□保育施設（　　　　　　　　　　　　　　　　　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望保育施設 | 施設名（　　　　　　　　　　　）見学（未・済） |
| 同居者※申込児童以外 | フリガナ | 続柄 | 生年月日 | 年齢（令和6.4.1現在） | 職業(児童は保育園・幼稚園名等)(児童は保育園・幼稚園名等) |
| 氏名 |
|  | 父 | . . |  |  |
|  |
|  | 母 | . . |  |  |
|  |
|  |  | . . |  |  |
|  |
|  |  | . . |  |  |
|  |
|  |  | . . |  |  |
|  |
| 備　　考 |  |

【裏面に続く】

実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケア内容（該当するケアの内容に○を記入してください） | 保育施設で実施を希望する方法 |
| 呼吸管理１酸素吸入　　気管切開・鼻腔カニューレ・マスク等２人工呼吸器　気管切開・ネーザル（CPAP・ハイフロー） |  |
| 吸引　口腔・鼻腔・気管切開部 |  |
| 経管栄養　経鼻胃管・十二指腸チューブ・胃ろう・腸ろう |  |
| 導尿　一部要介護・完全要介助（間隔） |  |
| 与薬（具体的に） |  |
| その他（具体的に） |  |

家庭の状況（該当に印を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 父親 | 母親 |
| □就労：勤務先名称　□介護　　　　　　□疾病・障害　　　　　□就学　□求職・内定　　　□不存在  | □就労：勤務先名称　□介護　　　　　　□疾病・障害　　　　□就学　□求職・内定　　　□不存在 　　　　 □出産  |

意見聴取に係る同意書

|  |
| --- |
| 　八王子市医療的ケアを必要とする児童等に係る保育利用要綱第４条第１項に定める保育施設等における　　医療的ケア実施の申込みに際して、同要綱１０条第１号に定める面談に出席するとともに、同要綱５条第２項に定める構成員が、対象児童の主治医等から下記の対象児童に係る意見聴取を行うことについて同意いたします。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |