様式第１号（第５条第１項関係）

水俣市医療的ケア児支援事業実施申請書

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）水俣市長 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保護者の住所 | 保護者氏名電話 |

|  |
| --- |
| 　水俣市医療的ケア児支援事業実施要綱第５条第１項の規定により、保育所等における医療的ケアの実施を申請します。 |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年月　　日生 |
| 児童の住所 |  |
| 電話番号（携帯電話番号） |  |
| 緊急連絡先 |  |
| 医療的ケアの内容及び方法等 | 医療的ケアの内容（該当するケアの内容に○を記入ください） | 保育施設で実施を希望する方法 |
| 酸素吸入　気管切開・鼻腔等人工呼吸器（NIPPV，IPVを含む） |  |
| 吸引　口腔・鼻腔・気管切開部 |  |
| 経管栄養　経鼻経管・胃ろう・腸ろう |  |
| 導尿　一部要介助・完全要介助(間隔) |  |
| 与薬（具体的に） |  |
| その他（希望する保育施設名等） |  |