

医療的ケア実施申込書

年 月 日

二宮町長

次のとおり、保育所等における医療的ケアの実施を申込みます。

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 ☐ 幼稚園 ☐ 町外認可保育所等 ☐ 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 第7希望				
(申込児童以外) 同居者	(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	. .			
			. .			
			. .			
			. .			
状況 家庭の	父		母			
	☐ 就労(就労先名称:) ☐ 求職活動 ☐ 就学 ☐ 介護・看護 ☐ 疾病・障がい ☐ 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			
	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。			