

医療的ケア実施申込書兼体験保育申込書

申込年月日 年 月 日

1 医療的ケア実施及び体験保育を申込する児童情報

児童	フリガナ		生年月日		年齢	
	氏名		年	月	日	歳 カ月
保護者	住所					
	氏名					
	携帯電話					
児童の世帯員(本人以外)	フリガナ	続柄	生年月日	年齢	職業・学校・保育施設	
	氏名					
			・	・		
			・	・		
			・	・		
			・	・		

※入所後に新たに別の医療的ケアが必要となり、提出する場合は体験保育は行いません。
※年度途中(4月以外の月の入園)の申込みの場合は体験保育は行いません。

2 保育施設で実施を申込みする医療的ケアの内容及び方法

(該当するケアの内容に○を記入する)

医療的ケアの内容	保育施設で実施を希望する方法等
吸引 気管チューブ内部 口腔 鼻腔	
経管栄養 経鼻胃管 胃ろう 腸ろう	
その他	
備考	

上記の医療的ケアについて保育施設での実施及び体験保育を申し込みます。

また、この申込書の内容を、関係保育施設に共有することに同意します。

年 月 日

保護者氏名

保護者氏名