

年 月 日

### 医療的ケア実施申込書

小平市長 殿

「医療的ケア児の保育所受入れガイドライン」に記載の内容についてすべて了承し、  
保育所での医療的ケアの実施について、次のとおり申し込みます。

#### 記

フリガナ		性別	
児童氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	
住所			

#### 実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等

必要な医療的ケアの内容 (該当にチェックをしてください)	医療的ケアの具体的な実施方法等
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管切開部	
<input type="checkbox"/> インスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	