

# 医療的ケア児保育適正判定申請書

年 月 日

上尾市長 様

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

上尾市医療的ケア児保育事業実施要綱第7条第1項の規定に基づき、下記の児童の適正判定について、次のとおり申請します。

## 記

ふりがな 児童氏名		性別	
生年月日			
医療的ケアの内容			
医療機関名			
医療機関住所			
医療機関電話番号			
主治医			

私は、医療的ケア児保育の適正判定にあたり、疾病の状況や相談記録について、官公署等に調査確認されることに同意します。

署名 \_\_\_\_\_

医療的ケア児保育に適さないと判断された場合の利用希望施設に✓をお願いします。

児童発達支援センター つくし学園

児童発達支援事業所

幼稚園

その他 ( \_\_\_\_\_ )