（保護者→学園）

医療的ケア実施申込書

1　医療的ケアの実施を申し込みする児童

利用施設名	草加市児童発達支援センター　あおば学園		
児童氏名		生年 月日	年　月　日 （　歳）
住所			
電話番号 （携帯電話番号）		緊急 連絡先 （続柄）	

2　施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法

（該当するケアの内容に〇を記入する）

医療的ケアの内容	施設に依頼する方法等
①口腔内のたん吸引	
②鼻腔内のたん吸引	
③気管カニューレ内 のたん吸引	
④胃ろうまたは腸ろう による経管栄養	
⑤経鼻経管栄養	

3　医療的ケアに関する主治医の意見書（別紙）

草加市児童発達支援センターあおば学園　宛て

上記の医療的ケアについて、施設での実施を申し込みます。

年　月　日

保護者氏名

印