

(様式8)

(2号・3号) 保護者→市 (1号) 保護者→保育所等

(あて先) 弘前市長

保護者氏名 _____

医療的ケア実施解除依頼書

このことについて、医療的ケア実施の解除を依頼します。

1 対象児童

ふりがな		男・女	生年 月日	年 月 日
児童氏名				
住所				
保護者 氏名		連絡先	父	
			母	
利用 施設名				

2 解除期間 年 月 日 から

3 解除する医療的ケアの項目及び内容

医療的ケアの項目 (該当するケアの内容にチェック☑)	解除する内容
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	
<input type="checkbox"/> 経管栄養	
<input type="checkbox"/> 導尿	
<input type="checkbox"/> インスリン注射	
<input type="checkbox"/> その他	

4 添付書類 医療的ケア実施解除に係る主治医意見書 (様式9)