

医療的ケア実施回答書

(保護者名) 様

呉市長

申し込みのありました医療的ケアの実施について、下記のとおり回答します。

記

児童氏名	性別	生年月日
(フリガナ)	男 女	年 月 日

- ☐ 対象児童に係る医療的ケアについては、次の保育所等において実施が可能です。
教育・保育の利用を希望される場合は、別途、教育・保育給付認定及び利用申し込みが必要となりますので、所定の手続きを行ってください。

施設名：

※本通知は、入所を決定するものではありません。利用調整等の結果、受け入れができない場合もありますので、ご了承ください。

- ☐ 対象児童に係る医療的ケアについては、実施できません。

理由：