（様式６）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（２号・３号）保護者→市　（１号）保護者→保育所等

（あて先）八戸市長

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項目及び内容

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの項目（該当するケアの内容に〇で囲んでください。） | 解除する内容 |
| ①喀痰吸引 |  |
| ②経管栄養 |  |
| ③導尿 |  |
| ④インスリン注射 |  |
| ⑤その他（　　　　　　　　　　　） |  |

４　添付書類　　　（様式６）医療的ケア実施解除に係る主治医意見書