

(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○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