医療的ケア実施承諾書

益城町長　　　　　　　 様

　　年　月　日

保護者氏名

次のとおり、益城町認可保育施設における医療的ケアの実施を承諾します。

　承諾にあたっては、益城町医療的ケア児の保育施設受入れガイドライン記載の「保護者の協力と理解」の内容を順守し、受入れ施設や町からの調査依頼等があった場合は、協力し、主治医や関係機関と連携していくことを誓約します。

◇ 医療的ケアを必要とする子ども

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 | □男 ・ □女 |
| 住所 |  | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 受入施設名 |  |
| 電話番号 |  | 緊急連絡先 |  |