

様式第1号（第6条関係）

香川県知事 殿

年 月 日

香川県医療的ケア児一時預かり環境整備事業利用申請書

ふりがな 児童名		男 女	年齢	歳	生年 月日	年 月 日生
児童の住所						
電話番号 (携帯電話番号)						
メールアドレス						

必要な医療的内容（保護者記入）

必要な医療的ケアの項目に✓をつける、()内の該当する項目に○または記入をしてください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ）
	<input type="checkbox"/> 吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ）
	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ・ 完全要介助 ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）※吸入、インスリン注射等

予想される緊急時の対応（保護者記入）

該当する項目に必要事項を記入してください。

必要な 医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経管栄養		
吸引		
酸素療法		
導尿		
その他		

上記のとおり、児童発達支援事業所等での一時預かりの実施を申請します。

なお、一時預かりの検討及び実施にあたり、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われることについて同意します。

保護者氏名