（医療的ケア様式１　新規申請）

医 療 的 ケ ア 実 施 申 請 書

 　　　　　　　　令和　年　月　日

福岡市教育委員会

発達教育センター所長　様

　　（学校長　様）

 　 保護者氏名

　福岡市立特別支援学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱及び福岡市立小中学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱の定めるところにより、医療的ケアの実施を下記のとおり申請します。

記

１　児童生徒

　　　　　　　　　　小学　　　学年　　　　氏名

（在学中・入学予定）

２　理　由

３　実施を依頼する医療的ケアの内容・範囲、手技

４　健康状態・定期的受診の状況