

## 墨田区学童クラブにおける医療的ケア児受入支援事業利用申請書

年 月 日

墨田区長 あて

申請者（保護者） (フリガナ) 氏 名

住 所

次のとおり墨田区学童クラブにおける医療的ケア児受入支援事業の利用を申請します。  
 なお、学童クラブにおける医療的ケアの実施、児童の育成に当たり必要な範囲において、区が児童の個人情報の利用並びに主治医等への問合せ及び情報共有を行うことに同意します。

児	フリガナ		性別	生年月日			年齢（注）
	氏名			年	月	日	歳
童	学校名	小学校		学年 （注1）	年	学級	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	希望する 学童クラブ	第1希望	学童クラブ				
		第2希望	学童クラブ				
		第3希望	学童クラブ				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（身体障害者手帳 級・愛の手帳 度・精神障害者保健福祉手帳 級）						
必要とされる医療的ケア	<input type="checkbox"/> 吸引（口腔内） <input type="checkbox"/> 吸引（鼻腔内） <input type="checkbox"/> 吸引（気管切開孔） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管） <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> 経管栄養（腸ろう） <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
主治医	医療機関名  医療機関所在地・連絡先  診療科  主治医氏名						
添付書類	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医療的ケア指示書 <input type="checkbox"/> 医療的ケア実施に関する同意書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳の写し（所持している場合に限る） <input type="checkbox"/> その他、区長が必要と認める書類						

（注）年齢及び学年は、令和6年4月1日現在で記入してください。