

(様式第4号)

医療的ケア児保育施設等利用事前調査票

年 月 日

(宛先) 旭川市長

保護者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

ふりがな 児童氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用希望年月日	年 月 日より	
受けようとする認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 (幼稚園等の利用を希望する, 満3歳以上の子ども) <input type="checkbox"/> 2号又は3号 (保育の必要性があつて, 保育所等の利用を希望する子ども) ( 父 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) ( 母 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )	
利用を希望する施設名	・第1希望 ・第2希望 ・第3希望	
利用希望の頻度	①週当たりの利用希望日数 週 回程度 ②1日の利用希望時間帯 午前・午後 時頃 から 午前・午後 時頃まで	
対象児童の状況	①診断名及び主治医 ・診断名 :  ・主治医 (医療機関名) :  ②必要となる医療的ケアの内容  ③通院, 療育の利用状況 ・医療, 療育機関名 : ・通院, 通所頻度 : 回程度 / 週 ・ 月 ・ 年 ④障害者等手帳の交付状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 : ) ⑤アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 : )	
備考		