様式第４号（第５条関係）

年　月　日

　　　　　　　　　様

都城市長

医療的ケア可否通知書

　このことについて、下記のとおり通知します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 都城市 | | | |
| 医療的ケア児受入審査の結果 | 保育所等における医療的ケアを  可　・　不可  と判断する。 | □不可の理由 | | |

|  |
| --- |
| 実施する医療的ケアの内容 |
| 医療的ケアの実施者 |
| 実施期間　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　年　　　月　　　　日まで |