

年 月 日

医療的ケア実施回答書

（保護者名） 様

加古川市長

申し込みのありました医療的ケアの実施について、下記のとおり回答します。

記

対象児童名	
生年月日	年 月 日

- 対象児童に係る医療的ケアについては、下記の保育所等において実施が可能です。教育・保育の利用を希望される場合は、別途、教育・保育給付認定及び利用申込みが必要となりますので、所定の手続を行ってください。

施設名：

※本通知は、入所を決定するものではありません。利用調整等の結果、受入れができない場合もありますのでご了承ください。

- 対象児童に係る医療的ケアについては、実施できません。

理由：