（様式１）

医 療 的 ケ ア 実 施 申 請 書

年　　月　　日

福岡市教育委員会
発達教育センター　所長　様

保護者氏名　　印

福岡市立小中学校医療的ケア支援体制整備・運営要綱又は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

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