春保発第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（保護者名） 様

春日部市長

医療的ケア実施可否判定通知書

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

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、下記の保育所において実施が可能

です。保育所の利用を希望される場合は、別途、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：