**医療的ケア終了届**

様式８

　次の児童は、保育所等での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育所等での医療的ケアを終了することを届けます。

　また、この医療的ケアの終了に係る診断について、千歳市から主治医等へ確認することについて同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　 　　月　 　　　日 |
| 児童名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 保育所等 |  | | |

千歳市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

電話番号