

申請年月日 年 月 日

十和田市長 様

申請者
住所
氏名

十和田市医療的ケア児等コーディネーター事業利用申請書

年度十和田市医療的ケア児等コーディネーター事業の利用を次のとおり申請します。

なお、関係機関等との連携及び相談支援体制の整備のために必要な情報について、十和田市、十和田市医療的ケア児等コーディネーターその他関係機関と情報共有が行われることに同意します。

対象者	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	(年 月 日生)
	フリガナ	
	保護者	(続柄：)
希望する コーディネーター	※希望する支援に○をつけてください ア 病院からの退院時における支援 イ 福祉サービスの利用に関する支援 ウ 障害や病状の理解に関する支援 エ 健康・医療に関する支援 オ 保育・教育に関する支援 カ その他福祉に関する支援 キ その他 ()	