

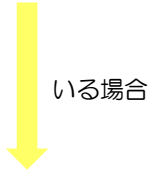
## 児童発達支援をご利用の方へ

多子軽減制度（※）の適用有無の確認にあたり必要ですので、いずれかに○印をつけてください

今回サービスの申請を行った児童には、兄 または 姉 はいらっしゃいますか？

（今回申請される年度の4月1日時点で18才未満の方）

（ いる ・ いない ）



例) ○○小学校 / □□認定こども園  
児童発達支援△△ など  
※放課後等デイは記載の必要はありません

第1子 （ 才 / 所属： ）  
第2子 （ 才 / 所属： ） または 本児  
第3子 （ 才 / 所属： ） または 本児  
第4子 （ 才 / 所属： ） または 本児  
第5子 （ 才 / 所属： ） または 本児

※場合によっては、通園（在園）証明書を提出していただくことがあります（必要時に連絡いたします）。

### ※ 多子軽減制度とは

就学前の児童発達支援サービス利用児童について、兄または姉が保育所等を利用していることを条件に、第2子以降の当該児童にかかる利用者負担を軽減する制度です。

（対象の詳細は障がい福祉課にお問い合わせください）

### 軽減内容

第2子軽減対象の児童が児童発達支援を利用する場合の利用者負担額

→その月の通所給付費の100分の5（軽減がなければ、通常は100分の10です）

※第3子以降は負担0円