

年度 小金井市愛育手当受給資格認定申請書				
受給資格者	ふりがな		生年月日	年 月 日生
	氏名			
住所	住所	小金井市 町 丁目 番 号		
		電話番号 ( ) -		
幼児	氏名	生年月日	在籍施設名又は利用事業名	
		年 月 日生		
振込口座	金融機関	銀行		店
		種別	1 普通 2 その他 ( )	口座番号
	口座名義 <small>(受給資格者名義のもの)</small>			

小金井市愛育手当受給資格の認定を申請します。なお、申請時及び受給期間中の審査のために、小金井市長が私の世帯の状況を電子計算組織に記録すること及びこの制度を利用するに際し、幼児の（特例）障害児通所（入所）給付の状況、幼稚園等もしくは特定教育・保育施設の在籍状況、小金井市子ども・子育て支援施設等利用給付要綱に規定する給付の受給状況又は特定地域型保育事業の利用状況その他受給資格の有無につき、小金井市長が公簿等により確認することに同意します。

受給資格の認定後に小金井市愛育手当条例第2条各号に該当しないことが判明した場合には、手当支払後であっても受給済みの非該当月分の手当を速やかに返還します。

年 月 日

氏名

(宛先) 小金井市長

在籍証明（幼児が在籍する施設等の代表者が記入してください。）	
幼児氏名	( 年 月 日生)
在籍期間	年 月 日から 年 月 日まで 在籍（予定）
上記幼児が、月15日以上かつ1日4時間以上の利用承認を受け、又は利用契約を締結し、本施設に在籍していることを証明します。	
年 月 日	施設所在地 電 話 施 設 名 代 表 者 名
㊟	

※確認	施設入所 事業利用	条例第2条第1号及び第2号該当	確認
	住民基本台帳		年 齢
※審査	認定	・ 却下	認定番号

※の欄は記入しないでください。