

児童手当・特例給付 額改定認定請求書（増額用）

	認定番号	
	受理日	
あて先 新潟市長	提出年月日	令和 年 月 日

受給者	住所	新潟市 区		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	加入している公的年金制度の種別 <small>※3歳未満の児童がいる場合のみ記入してください。</small>	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済 ※アに該当する方で3歳未満の児童がいる場合は、保険証の写し又は年金加入証明を添付してください。
	連絡先電話番号	(自宅・携帯・その他)		
職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			

◎受給者が監護し、生計が同一（または生計を維持している）の児童を記入してください。

増額の原因となる児童	氏名	生年月日	続柄	同居・別居の別	住所 (受給者と異なる場合に記入してください)
		(フリガナ)	平成・令和 年 月 日		同居 別居
		平成・令和 年 月 日		同居 別居	
		平成・令和 年 月 日		同居 別居	
		平成・令和 年 月 日		同居 別居	
		平成・令和 年 月 日		同居 別居	
		平成・令和 年 月 日		同居 別居	

増額の理由	ア 児童が出生したため イ その他 ()
事由発生日	年 月 日

注：太枠の枠内のみ記入してください。

市処理欄	不足書類	保険証の写し	増額後の支給月額	, 0 0 0 円
		別居監護申立書		
		住民票の写し	増額開始年月	令和 年 月分～
		養育申立書		
		その他 ()		
	備考			

