

児童手当 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	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 イ. 国民年金 ウ. その他 ()
	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		※3歳未満の児童がいる場合のみ記入してください。 ※3歳未満の児童がいる受給者でアに該当する場合は、保険証の写し又は年金加入証明等、被用者であることを明らかにすることが出来る書類を添付してください。	

◎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				
フリガナ	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)
氏名	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	

増額の原因となる児童の兄姉等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)				
フリガナ	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)
氏名	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		
		監護相当・生計費の負担についての確認書		
		その他 ()		
	備考			