

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	連絡先 電話番号	(自宅・携帯・その他)

◎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	別居監護申立書	増額後の支給月額	, 0 0 0 円
		住民票の写し		
		養育申立書	増額開始年月	令和 年 月分～
		その他 ()		
	備考			