

事実婚関係に関する申立書

____年 ____月 ____日

下記二名については、申請を行う治療開始時点において事実婚関係にあります。
なお、治療の結果、出生した（する）子について認知を行う意向があります。

- 1 八頭町特定不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所

氏名 (自署)

- 2 八頭町特定不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所

氏名 (自署)

※別世帯になっている理由

(1と2が別世帯となっている場合には記入)

八頭町長 様

(注) 本申立書は認知届ではありません。出生した（する）子について認知を行う際は、市町村の戸籍窓口において、認知届を提出してください。