

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 琴浦町不育症治療費等助成金申請者の住所、氏名

住所 _____
氏名 _____（自署）

② 琴浦町不育症治療費等助成金申請者の配偶者の住所、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）

琴浦町長 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戸籍
窓口において、認知届を提出してください。