

受付印

## 事実婚関係に関する申立書

愛別町長 様

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

下記2名については、事実婚関係（重婚ではない）にあります。また、治療の結果出生した子について認知を行います。

① 愛別町不妊治療費等助成事業申請者の住所、氏名

住 所 \_\_\_\_\_

氏名（自署） \_\_\_\_\_

② 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）

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_