

## 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 三朝町不妊治療費助成金申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_（自署）

② 三朝町不妊治療費助成金申請者の住所、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）

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

三朝町長 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。