

事実婚関係に関する申立書

_____年_____月_____日

下記二名については、事実婚関係にあります。

また、治療の結果出生した子について認知を行います。

①東川町不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所

氏名

②配偶者（事実婚関係にあるもの）の住所、氏名

住所

氏名

※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）

東川町長 様