

事実婚関係に関する申立書

八雲町長 様

年 月 日

下記二名については、事実婚関係にあり、治療の結果出生した子について認知を行います。

1. 八雲町不妊治療費助成事業申請者の住所・氏名

住 所： _____

氏 名： _____

2. 申請者と事実婚関係にある方の住所、氏名

住 所： _____

氏 名： _____

※上記二名が別世帯の場合のみ下記をご記入ください。

別世帯になっている理由

()