

事実婚関係に関する申立書

大月町長 様

年 月 日

下記2名については、治療開始前から継続して事実婚関係にあります。

なお、不妊治療費助成による治療にて出生した子については、認知を行う意向があります。

1. 大月町不妊治療費助成金交付申請者の住所、氏名

住所

氏名

2. 大月町不妊治療費助成金交付申請者の住所、氏名

住所

氏名

※別世帯になっている理由（1と2が別世帯になっている場合には記入）
