

## 事実婚関係に関する申立書

年 月 日

下記の二名については、事実婚関係にあることを申し立てます。

①薩摩川内市不妊治療費等助成 申請者の住所、氏名

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

②上記①と事実上の婚姻関係にある者の住所、氏名

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※別世帯になっている理由（①と②が別世帯の場合のみ記入）

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

※治療の結果、出生した子の認知について

（生まれてくる子の福祉に配慮する観点から確認するものです）

認知する意向が           ある    ・   なし

薩摩川内市長 殿