

小松市生殖補助医療費助成事業における事実婚に関する申立書

（宛先）小松市長

年 月 日

下記二名については、小松市生殖補助医療費助成事業において事実婚関係にあることを申し立てます。

なお、治療開始日に事実婚関係にあり、治療の結果、出生した子について認知を行います。

① 生殖補助医療費助成申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

② パートナーの住所、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）

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