

小松市不育治療支援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、小松市不育治療支援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、治療の結果、出生した子について認知を行います。

① 不育治療支援事業申請者の住所、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）

