

旭川市不育症治療費補助金交付事業  
事実婚関係に関する申立書

年 月 日

旭 川 市 長 様

下記二名については、事実婚関係にあります。

治療の結果、出生した子について認知を行う意向があります。

① 申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

② 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が別世帯となっている場合には記入)

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