年　　月　　日

川南町長　様

事実婚関係に関する届出書及び子の認知に関する誓約書

１　私たちは、事実婚関係にあります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 住所 |
| 男性 |  |  |
|  |
| 女性 |  | □男性と同じ |
|  |

※　事実婚関係にある男性及び女性がそれぞれ自署してください（押印不要）。

２　男性と女性の住所が異なる場合は、その理由を簡潔に記述してください。

理由

３　治癒により出生した子の認知について

私は、川南町生殖補助医療費助成金の給付申請に当たり、申請に係る治療により出生した子を認知することを誓約します。

氏名

住所

※　事実婚関係にある男性が自署してください（押印不要）。