

様式第3号（第6条関係）

不育症治療費補助金交付申請に係る事実婚関係にある申立書及び認知意向確認書

年 月 日

袋井市長

氏名

申立人 住所

電話

申立人を含む次の2名については、事実婚関係にあること及び不育症治療で授かった児を夫が認知する意向があることをここに宣言します。

事実婚関係の夫婦の氏名、住所等

夫	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
	住所	電話 ()		
妻	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日生 (歳)
	住所	電話 ()		
夫婦が別世帯になっている場合については、その理由				