

## 事実婚関係に関する申立書

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

下記二名については、申請を行う治療開始時点において事実婚関係にあります。  
なお、治療の結果、出生した（する）子について認知を行う意向があります。

① 鳥取県不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

② 鳥取県不妊治療費助成事業申請者の住所、氏名

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (自署)

※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)

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

総合事務所長 様

(注) 本申立書は認知届ではありません。出生した（する）子について認知を行う際は市町村の戸籍窓口において、認知届を提出してください。