

年 月 日

（宛先）桜井市長

## 事実婚の関係に関する申立書

下記2名については、事実婚関係にあります。

また、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 桜井市生殖補助医療費助成事業申請者の住所、氏名

申請者住所

---

申請者氏名

---

### ② 桜井市生殖補助医療費助成事業申請者の住所、氏名

申請者住所

---

申請者氏名

---

（備考）

- ・虚偽その他不正な手段により助成金の支給を受けた場合は、桜井市生殖補助医療費等助成事業実施要綱第11条の規定により、支給した助成金の全部又は一部の返還を、市長より命じられる場合があります。