

事実婚関係に関する申請・誓約書

年 月 日

医療法人 福井ウィメンズクリニック

院長 福井 敬介 殿

私ども下記2名は事実上の婚姻関係(事実婚)であり、夫婦として貴院での不妊治療を希望します。
※それぞれ自筆で署名捺印し、□にレ点を入れてチェックしてください。

夫 氏名: _____ ㊟ 生年月日:西暦 年 月 日

現住所:

- 夫婦(事実上の婚姻関係)として不妊治療にのぞむ意思があります。
- 申請する妻の他に婚姻関係はありません。
- 不妊治療の結果、出生した児を認知することを誓約します。

妻 氏名: _____ ㊟ 生年月日:西暦 年 月 日

現住所:

- 夫婦(事実上の婚姻関係)として不妊治療にのぞむ意思があります。
- 申請する夫の他に婚姻関係はありません。

※別世帯の理由(夫と妻が別世帯となっている場合は記入してください。)

お二人それぞれの必要書類を準備し、この誓約書と一緒に提出してください。

必要書類 (どちらも発行から6ヶ月以内)

□にレ点を入れてチェックしてください。

- 戸籍謄本または抄本
 - 夫
 - 妻
- 住民票
 - 夫
 - 妻