様式第20号(別表第2関係)

事実婚解消についての確認願

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　民生・児童委員　　　　　　　　　　　　　様申立人　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　福祉医療費助成制度(母子、父子)の認定請求を行うために必要ですので、下記のとおり事実婚を解消したことを確認願います。記 |
| 児童の父又は母の事実上婚姻関係と同様の事情にあった者の氏名及び生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 事実婚を解消した日 | 年　　　月　　　日 |
| 事実婚を解消した当時の状況及びその後の経過 | 　 |
| 民生・児童委員確認欄 | 年　　月　　日　　　　上記の申立てが事実であることを確認します。民生・児童委員　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　申立人　　　　　　　　　　　　　　様 |

　この願は、福祉医療費助成制度(母子、父子)の認定請求をする児童の母又は父が、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者と婚姻関係を解消した場合に提出してください。