

事故年月日と事故場所を
記入して下さい。

【子ども医療用】

同意書

○年 ○月 ○日（発生場所住所）において、
私（相手者氏名）の不法行為によりより芦屋町子ども医療受給者（被保
険者氏名）が被った損害のうち、芦屋町子ども医療費の支給に関する条例の
規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自
動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して芦屋町に支払われることに異議
なく同意します。

記入日をお願いします。

○年 ○月 ○日

相手者

住所 相手者の住所

氏名 相手者氏名

印

運行供用者がいれば記入
をお願いします。

運行供用者

住所（所在地）

氏名（事業所名）

（代表者名）

印

芦屋町長 殿

【相手者提出用】