

【 子ども医療用 】

## 同 意 書

年 月 日 (場所: \_\_\_\_\_)

において、私 ( \_\_\_\_\_ ) の不法行為により 芦屋町子ども医療受給者  
( \_\_\_\_\_ ) 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。

年 月 日

相 手 者

住所

氏名

印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

印

(代表者名)

芦屋町長 殿

【相手者提出用】