

事故年月日と事故場所を
記入して下さい。

【ひとり親家庭等医療用】

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 芦屋町ひとり親家庭等医療受給者 (被
保険者氏名) が被った損害のうち、) が被った損害のうち、芦屋町ひとり親
家庭等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

記入日をお願いします。

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】