

事故年月日と事故場所を  
記入して下さい。

【重度障害者医療用】

## 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重度障害者医療受給者（被保  
険者氏名）が被った損害のうち、芦屋町重度障害者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（市・  
町・村・組合）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】