

【重度障害者医療用】

同意書

年 月 日 (場所: _____)

において、私 (_____) の不法行為により 芦屋町重度障害者医療受給者 (_____) 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】