

【 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 受給者
(_____) が被った損害のうち、水巻町子ども医療費の支給に関する条例の規定により給付がなされた場合は、その給付額を限度に、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水巻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)

水巻 町長 様

【相手者提出用】