

【 重度障害者医療用 】

同 意 書

年 月 日 (場所: _____)

において、私 (_____) の不法行為により受給者
(_____) が被った損害のうち、水巻町重度障害者医療費の支給
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】