

【ひとり親家庭等医療用】

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】