

同意書

年 月 日(場所:)において、私()
の不法行為により被保険者()が被った損害のうち、筑後市子ども医療費・ひとり親家庭等医療費・重度障害者医療費の支給に関する条例により
も医療費・ひとり親家庭等医療費・重度障害者医療費の支給に関する条例により
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筑後市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

※署名または記名押印

運行供用者

住所(所在地)

氏名(事業所名)

(代表者名)

印

※署名または記名押印

筑後市長 殿

【相手者提出用】