

## 誓約書（加害者側）

貴市の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、保険給付額確定時に損害賠償金を貴市に支払うことを遵守することを書面をもって誓約いたします。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

青 梅 市 長 殿

記

加 害 者	住 所	
	氏 名	
被 害 者 ( 被 保 険 者 )	住 所	
	氏 名	

(注) 印鑑証明書を1通添付すると共に本書に同じ印鑑を押印してください。