

# 誓約書

貴 所沢市 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(事故)に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険(共済)等から支払いを受けることを承諾すること。

令和 年 月 日

誓約者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

埼玉県所沢市長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			