

誓約書

貴 朝霞市 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

朝 霞 市 長 様

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者 (運転車)	住所			
	氏名		誓約者との関係	
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			