様式第15号－２

交通事故以外

誓　　約　　書

　貴（市・町）の介護保険被保険者 様が受けた保険給付は、　　　 年 　　 月 　　 日発生の事故による私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを誓約いたします。

１　保険給付額確定時に損害賠償金を貴方に支払いすること。

２　貴方の書面承諾なしに示談したときは介護保険給付分に限り、何人に

対しても示談の効力を主張しないこと。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

保　証　人

上記誓約者との関係

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　市・町長 様