【 介護保険用 】

誓　約　書（相手者側）

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、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．保険給付額確定時に損害賠償金を福岡市に支払いすること。

２．相手者と示談を行うときはあらかじめ条件を福岡市に申し出て、了解を得ること。

３．上記１の支払いに充てるため＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から福岡市が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。

令和　　年　　月　　日

誓約者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連帯保証人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

福岡市　　区長　殿

保有者	住　所			
	氏　名		証明書番号	
相手者（運転者）	住　所	※		
	氏　名	※	誓約者との関係	※
被保険者	住　所			
	氏　名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

※印欄は誓約者と相手者が異なる場合のみ記入してください。