

誓約書

私は、下記の事故に起因する受給者の医療給付について、貴市の福祉医療費の助成を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市から請求があったときは納付することを誓約いたします。また医療給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

年 月 日

(第三者)

住 所 西宮市 _____

氏 名 _____ (印)

(連帯保証人)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

西宮市長様

記

事故日	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生場所	
受給者	住 所	
	氏 名	