

## 誓 約 書（相手者側）

貴（ 水巻町 ）の重度障害者医療の下記受給者が受けた医療給付は、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. 医療給付額確定時に損害賠償金を（ 水巻町 ）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を（ 水巻町 ）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（ 水巻町 ）が、医療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。

年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 水巻 町長 様

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	※
受 給 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。