

誓約書

貴 桐生市 の福祉医療費の支給に関する条例による下記受給者が受けた福祉医療費の支給は、私の不法行為（交通事故）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。

- 福祉医療費の支給額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
- 貴職の承諾なしに示談したときは、福祉医療費の支給分に限り何びとに対しても示談の効力を主張しないこと。
- 上記1の支払に充てるため 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、福祉医療費の支給額を限度として貴職が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者住所

氏名

実印

連帯保証人（誓約者との関係）

住所

氏名

実印

市 町 村 長

様

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
運 転 者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
福祉医療費受給者	住所			
	氏名			

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。