


# 誓 約 書

貴市の医療福祉費の下記受給者が受けた医療福祉費の支給は、私の行為に基づくものですので、次の事項を遵守することについて書面をもって誓約いたします。

1. 医療福祉費確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは医療福祉費分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓 約 者
住所  
氏 名



保 証 人
住所  
氏 名



土浦市長 殿

加 害 者 (第三者)	住 所			
	氏 名		誓 約 者 との続柄	
被 害 者 (受給者)	住 所			
	氏 名			