

## 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		