

誓 約 書

川 口 市 の介護保険の下記被保険者が受けた介護給付は、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。

- 1 介護給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは介護保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため _____ 保険株式会社（農業共同組合）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、介護給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

平成 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 ⑩

保証人 住 所
氏 名 ⑩

（あて先） 川口市長

記

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	
被 害 者	住 所			
	氏 名			

※ 誓約者が個人で記名、押印する場合は、誓約者の実印を用い、印鑑証明を添付してください。ただし、保証人欄に契約している任意保険会社の会社印若しくは担当者印があるものは、印鑑証明は必要ありません。