

# 誓約書（加害者側）

（事故年月日） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日（事故発生場所） \_\_\_\_\_ において発生した交通事故により、足立区介護保険が給付した（被害者名） \_\_\_\_\_ 様に対する保険給付分について下記により返還することを誓約いたします。なお、この誓約を履行しなかった場合は、いかなる処置を受けても異議を申し立てません。

1. 返還金総額 足立区が代位取得した保険給付額
2. 支払方法 自賠責保険及び過失割合に応じて任意保険にて支払います。但し、保険額超過のときは、自費で支払います。

記

年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

誓約者 住 所  
(支払義務者)  
氏 名 印

保証人 住 所  
氏 名 印

(提出先)  
足立区長  
(福祉部介護保険課)

保 有 者	住 所		
	氏 名	証明書番号	
加 害 者 ( 運 転 者 )	住 所 ※		
	氏 名 ※	誓約者との関係	※
被 害 者 ( 被 保 険 者 )	住 所		
	氏 名		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。