様式１６－２号

誓約書（加害者側）

貴市町の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故も含む）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．　保険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、保険給付額を限度として貴殿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誓約者の受領権行使をしないこと。（交通事故の場合）

平成　　年　　月　　日

誓約者　住所
　　氏名　　印

保証人　住所
　　氏名　　印

市　町　長　様

記

事故発生日	平成　年　月　日　午前・午後　時　分頃			
事故発生場所				
事業者（その他事故の場合）	住所			
	事業者名			
	代表者名			
保有者（交通事故の場合）	住所			
	氏名		事故証明書番号	
加害者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者	住所			
	氏名			

（注）印鑑証明を添付して下さい。
※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。