様式第6号の5(介護保険)

誓　　約　　書

　貴（**かすみがうら市**）の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、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．貴殿の承諾なしに示談したときは介護保険分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

**令和○年△月△日**

　　　誓　約　者　　　住　所　　**○○市本町３－３－３**

　　　　　　　　　　　氏　名　　**□田　□夫**

　　　保　証　人　　　住　所　　**かすみがうら市○○４－４－４**

　　　　　　　　　　　氏　名　　**損害　一郎**

|  |  |
| --- | --- |
| かすみがうら市長 | 殿 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加害者  （第三者） | 住　所 | **○○市本町３－３－３** | | |
| 氏　名 | **□田　□夫** | 誓約者  との続柄 | **本人** |
| 被害者  （被保険者） | 住　所 | **かすみがうら市○○１－１－１** | | |
| 氏　名 | **○山　○子** | | |