

様式 11 号

【重度障害者医療用】

誓 約 書（相手者側）

芦屋町重度障害者医療費の下記受給者が受けた保険給付は、私の不法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保険者（市町村等）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出て、了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため （例：自賠責保険者名） 保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償者（ 届出の保険者名 ）が、保険給付額を限

記入日をお願いします。

〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 相手者の住所

氏 名 相手者の氏名

印

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名

印

芦屋 町 長 殿

| | | | | |
|--------------------|-----|----------|-----------|---|
| 保 有 者 | 住 所 | 保有者の住所 | | |
| | 氏 名 | 保有者の氏名 | 証 明 書 番 号 | |
| 相 手 者 (運 転 者) | 住 所 | ※ 相手者の住所 | | |
| | 氏 名 | ※ 相手者の氏名 | 誓約者との関係 | ※ |
| 被保険者 | 住 所 | 被保険者の住所 | | |
| | 氏 名 | 被保険者の氏名 | | |

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。