福山市　様

誓　約　書

次の表に記載する福山市の介護保険の被保険者が受けた保険給付は，私の不法行為（交通事故等）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福山市に支払うこと。

２　福山市の書面承諾なしに示談したときは，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の支払に充てるため　　　　　　　　　　　　　保険株式会社（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福山市が優先的に受領することに異議なく同意します。

　 　 　 年 　 月　　 日

（誓約者） 住　所

名　前　　 　　　　　　　　 　 　印

（連帯保証人） 住　所

名　前　 　　　　　　　　　 　 　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保有者 | 住所 |  |
| 名前 |  | 自賠責証明書番号  |  |
| 第三者（運転者） | 住所 | ※ |
| 名前 | ※ | 誓約者との関係  | ※  |
| 被保険者（被害者） | 住所 |  |
| 名前 |  |

（注）連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。

※印欄は，誓約者と運転者が異なる場合にのみ記入してください。