

損害賠償金納付誓約書

私は、____年 ____月 ____日 に 被害者____に負
わせた傷病に係る貴市の福祉医療費の給付について、貴市から損害賠償金の請求があ
ったときは、納付することを誓約いたします。

また、福祉医療費の給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）
損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

（加害者未成年の場合は保護者又は代理人）

令和 ____年 ____月 ____日

住所_____

氏名_____⑩

（連帯保証人）

令和 ____年 ____月 ____日

住所_____

氏名_____⑩

※加害者の代理人が任意保険会社の場合は必要ありません。

（宛先）姫 路 市 長