様式３

**誓　約　書**

川崎市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します。

１　保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を川崎市に支払うこと。

２　上記１の支払いに充てるため、川崎市が保険給付価額の限度において自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

　　　年　　　月　　　日

誓約者 ※１　住所

氏名

保証人 ※２ 住所

氏名

（宛先）川崎市　　　　　 区長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故発生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 事故発生場所 | |  |
| 当事者  （第三者） | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 誓約者との  関係 | ※３ |

※１　当事者（第三者）本人が署名又は記名押印してください。

　　　当事者（第三者）が未成年の場合は、親権者または世帯主が署名してください。

※２　当事者（第三者）側の「任意保険会社」又は業務上の事故の場合は「使用者」が

　　　署名又は記名押印してください。

※３　誓約者と当事者（第三者）が異なる場合のみ記入してください。