誓　約　書

　私は、下記の事故に起因する福祉医療受給者の保険（医療）給付について、貴市の福祉医療費の助成を受けた場合、法等の責任の範囲において、後日貴市から請求があったときは、納付することを誓約いたします。

　令和　　年　　月　　日

（第三者）　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（任意保険または使用主）　　会社名

担当者　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　　－

神　戸　市　長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故 | 発　生　日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 発 生 場 所 | 　　 |
| 被保険者氏名（受給者） | 　　 |