第6号様式の3

誓　　約　　書

　貴　　　　　市町村の介護保険の被保険者　　　　　　　　が受けた

保険給付は、私の行為によるものですので、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貴職に支払うこと。

　 2　 事故の相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にそ

の内容を申出、承諾を得ること。

　 　 なお、貴職の書面承諾なしに示談したときは介護保険給付分に限

　　 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、貴職が保険給付の価額を限度とし

 て自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けるこ

　 とを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しない

　 こと。

 　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　 誓約者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　 印

　 市町村長　　　　　　　　　　　　様