

## 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 \_\_\_\_\_ (印)

(任意保険または使用主) 会社名 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_ (印)

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)		