誓　　　約　　　書

○○○市町村長　　○○　○○　様

令和　　年　　月　　日　　　　　発 生 場 所　　　　　において、

　　　　被 害 者 名　　　　　　　に傷害をあたえた件については、

　　　　市 町 村 名　　　　　　　の保険者負担分についてお支払いすることを誓約します。

　なお、万一違約したときは、必要な法的手続きにより強制執行を受けましても何等異議はありません。

令和　　年　　　月　　　日

誓　約　人　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

支払保証人　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞