

誓約書

私は、 年 月 日 _____ において
発生した事故により負傷した _____ の治療に対し、相模原市
から国民健康保険損害賠償金の請求を受けた場合は、自己の過失割合に応じて責任を持っ
て支払うことを誓約いたします。

年 月 日

相模原市長 あて

住 所

氏 名

印

※署名により押印を省略できます。

住 所

連帯保証人

氏 名

印

※署名により押印を省略できます。