介 護 保 険

確　約　書

下記の事故による受傷者が貴市町村の介護保険により保険給付を受けて(受けることになって)おりますが、この介護に要する給付費については、介護保険法第２１条の規定により、給付の価額の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した貴市町村からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

平成　　年　　月　　日

支払義務者　　住　所

氏　名　　㊞

（電話）

連帯保証人　　住　所

氏　名　　㊞

（電話）

市　町　村　長　　様

記

被保険者住所（受傷者）		氏名		生年	明治 大正　　年 昭和
第三者住所		氏名		支払義務者との関係	
受傷年月日	平成　　年　　月　　日	原因	１ 交通事故・２ けんか・３ その他		
事故発生場所					