

誓 約 書 (相 手 者 側)

貴町の国民健康保険の下記（被保険者・受給者）が受けた保険給付は、私の占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として下記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香春町に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を香春町に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日 記入日をお願いします。

誓 約 者 住 所 相手者の住所
 氏 名 相手者の氏名 (印)

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所
 氏 名 連帯保証人の氏名 (印)

香春町長 殿

動物の占有者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名		
被保険者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。