誓　　　約　　　書

浅川町長　　　　　　　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、

浅川町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　　　　　　　　　　　　　　㊞