

# 誓 約 書

年 月 日 において

傷害を受けた 様の介護サービス給付費について  
坂出市が給付を行った価額の限度で私の過失分について、坂出市の  
請求に基づき遅滞なく支払いを履行することを誓約いたします。

年 月 日

支払義務者 住 所

氏 名 印

坂出市長 殿