

誓 約 書

二本松市長 様

年 月 日 (場 所) において、
(被害者名) に傷害をあたえた件については、二本松市の保険者負担分についてお支払する
ることを誓約します。

なお、万一違約した時は、必要な法的手続きにより強制執行を受けましても何ら異議はありません。

年 月 日

誓 約 人 住 所
氏 名 印

支払保証人 住 所
氏 名 印