誓　　　約　　　書

二本松市長　　　　　　　　様

　　　　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、

　二本松市　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。

　　　　年　　　月　　　日

誓　約　人　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

支払保証人　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印