

相手方記入

## 誓 約 書

年 月 日発生した事故による(受給者)様の  
傷病に対し、瀬戸市後期高齢者福祉医療費給付要綱により支給された福祉医療費に  
ついては、私が瀬戸市に返還することを誓約いたします。

年 月 日

住所 〒 —

瀬戸市

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

親権者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

業務上で起こした事故の場合は、連帯保証人欄へ事業主の職・氏名を記入し、社印を押印してください。

連帯保証人 住所 〒 —

瀬戸市

氏名 \_\_\_\_\_ (印)