

誓 約 書

平成 年 月 日に私、 の飼犬が共済組合員
様の被扶養者 様をかんで負傷させる
事故が発生いたしました。

本件事故につきましては、共済組合員証の使用により負傷
の治療をお願いしておりますので、共済組合負担分の治療費
につきましては、 様の治療が完了次第、後日、
神奈川県市町村職員共済組合からの請求にもとづき、全額、
私、 が支払に応じることを誓約いたします。

平成 年 月 日

住 所
氏 名

印

} 傷害事件の発生日月日及び、飼主氏名をご記入ください。

} 共済組合員氏名、及び、被扶養者(被害者)氏名をご記入ください。

} 被扶養者(被害者)氏名をご記入ください。

} 飼主氏名をご記入ください。

} 誓約書に記入した年月日をご記入ください。

} 飼主の住所及び、氏名を記入し、押印してください。

神奈川県市町村職員共済組合理事長 様