

確 約 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様

住 所 _____

氏 名 (自署) _____

当事者 (甲) との関係 ()

私は、下記事案により乙（及び乙の遺族）に生じた損害につき賠償の義務のあることを認め、当該事案により貴基金が地方公務員災害補償法に基づき乙（あるいは乙の遺族）に対して補償を行った場合には、同法第59条に基づき貴基金の取得した損害賠償請求権の価額の限度において、貴基金からの請求により支払うことを確約します。

記

当事者	甲 (あなた)	住所	
		氏名	
	乙	住所	
		氏名	
発生日時			
発生場所			
発生状況			