

# 債務承認書

年 月 日

地方公務員災害補償基金

大阪市支部長様

大阪市長様

(債務者)

住所

氏名

印

(親権者・連帯保証人・使用者・保険会社)

住所

氏名

印

電話 ( )

—

私(達)は、下記事故により被災職員\_\_\_\_\_に生じた損害につき、地方公務員災害補償基金大阪市支部及び大阪市が、補償を行うことによって被災職員が私(達)に対して有する損害賠償請求権を補償の価格の限度において取得すること、及び、私(達)が法律上負う賠償責任の範囲内の債務については、支払い義務のあることを認めます。

あわせて、被災職員が受ける補償の事由と同一事由による損害については、地方公務員災害補償基金大阪市支部及び大阪市の了解を得ずに被災職員と示談を行わないことを誓約します。

## 記

### 損害の原因たる事故に関する記載

#### 1 事故の発生日時

年 月 日 時 分

#### 2 事故の発生場所

\_\_\_\_\_

#### 3 被災職員

\_\_\_\_\_

#### 4 その他

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

注) 年月日の記載には元号を用いること。