様式第１号(第８条関係)

牛久市市民活動災害補償事故報告書

令和　年　月　日

　牛久市長

氏名(代表者)　　　　　　　　　　印

団体名(団体のみ)

住所

電話

牛久市市民活動災害補償制度実施要綱第８条の規定に基づき報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故種別 | | □　賠償事故　　　　　　　□　傷害事故 | | | | |
| 活動者 | | 住所　〒 | 生年月日 | | 年　月 日(　歳) | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 電話 | | (　　) | |
| 氏名 | 性別 | | 男　　・　　女 | |
| 親権者  (活動者が未成年の場合) | | 住所　〒 | 生年月日 | | 年 月 日(　歳) | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | 電話 | | ( ) | |
| 氏名 | 活動者との関係　 (　 　 ) | | | |
| 事故発生日時 | | 令和　　年　　月　　日　(　) | | 午前  午後 | | 時 　分頃 |
| 事故発生場所 | | 所在地 | | | 施設名 | |
| 事故発生時の活動内容 | |  | | | | |
| 事故発生状況  (詳細に記入してください) | |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 傷害事故 | 傷害の部位及び傷病名 |  | | | | |
| 治療期間 | 入院　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日(延　　日)　　見込・確定 | | | | |
| 通院 　　 年　 月 日～　　　年　　月 　日(延 日)　 見込・確定 | | | | |
| 医療機関 | 医療機関名  (医師名：　　　　　　　　　　) | | | | |
| 所在地  電話 　　　　（　　） | | | | |

　※賠償事故は裏面にご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 賠償事故 | | | | | | | |
| 事故の相手方 | 住所 | | | 生年月日  年　　月　　日生(　　歳) | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | 電話 | (　　) | | |
| 氏名 | | |
| 性別 | 男　・　女 | | |
| 警察への届出 | □　なし | | | | | | |
| □　あり  　［警察署名　　　　　　　　　　　　］　［届出日　　　年　　　月　　　日］ | | | | | | |
| 他の損害保険契約 | 会社名 | 証券番号 | 種目・特約 | | | 限度額 | 免責金額 |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
|  |  |  | | |  |  |
| 他人の財物に損害を与えた場合 | | | | | | | |
| 財物名 | 購入時期　　　年　　月頃 | | | | | | |
| 損害額 | 円　　(見込　・　確定) | | | | | | |
| 修理先 | 住所  名称  電話　　　　(　　　) | | | | | | |
| 他人の身体に傷害を与えた場合 | | | | | | | |
| 受傷部位 |  | | | | | | |
| 治療期間 | 入院　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日(延　　　日間) | | | | | | |
| 退院　　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日(延　　　日間) | | | | | | |
| 症状 |  | | | | | | |
| 医療機関 | 医療機関名  (医師名：　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| 所在地  電話　　　　(　　　) | | | | | | |

※　下記の欄には記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告書受理年月日 | ・　　・ |  | 市民活動課受理年月日 | ・　　・ |  | 判定委員会開催の有無 | |
| 報告書受理者所属職氏名 |  | 適用欄 |  | 有　・　無 |