

牛久市市民活動災害補償事故報告書

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 | <input type="checkbox"/> 賠償事故 <input checked="" type="checkbox"/> 傷害事故 | |
| 活動者 | 住所 〒 | 生年月日 年 月 日 (歳) |
| | フリガナ | 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) |
| | フリガナ | 電話 () |
| | 氏名 | 活動者との関係 () |
| 事故発生日時 | 年 月 日 () 午前 時 分頃 午後 | |
| 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) | | | |
| | フリガナ | 電話 | () | | |
| | 氏名 | | | | |
| 警察への届出 | <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 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 |