

| | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|--------|--------|-----|
| 決 | 部 長 | 次 長 | 課 長 | 統括リーダー | 担当リーダー | 担 当 |
| 裁 | | | | | | |

記載例

事 故 報 告 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

柏市長 太 田 和 美 あて

市民活動中に事故が発生したので、柏市市民活動災害補償保険の適用を受けたく報告します。

| | |
|-------|--------------|
| 団体名 | △△町会 |
| 代表者氏名 | 柏 太 郎 |
| 住 所 | 柏市柏5-10-1 |
| 電 話 | 04-7167-1111 |

※個人の場合は、個人名を記入してください。

| | | |
|--------------------|---------------------------------|--|
| 事故種別 | 1 損害賠償責任保険 2 傷害保険 | |
| 事故発生日時 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 午前・午後 〇時 〇〇分頃 | |
| 事故発生場所 | 柏市△△1-1 柏市〇〇近隣センター 体育館 | |
| 当日の指導者等 | 氏 名 | 柏木 花子 年齢 40 歳 |
| | 住 所 | 柏市△△2-2 電話 04-7167-XXXX |
| 当日の活動名 | 文化祭の後片付け | |
| 負傷者(死亡者 または被害者) | 氏 名 | 柏田 豊作 T. S. H. 〇年〇月〇日生 年齢 65 歳 |
| | 住 所 | 柏市△△3-3 コーポ△101 電話 04-7167-XXXX |
| | 保護者氏名 (未成年の場合) | |
| | 勤務元 名 及び 所在地 | 電話 |
| 身体傷害の状況 | 傷病名 | 右足首捻挫 |
| | 治療期間 | 入院 〇〇月〇〇日~〇〇月〇〇日(実 〇〇日間) 見込・確定 通院 〇〇月〇〇日~〇〇月〇〇日(実 〇〇日間) 見込 確定 |
| | 病院名 | 〇〇〇病院 |
| | 所在地 | 柏市△△4-4 電話 04-7167-XXXX |
| 財物または受託 品損害の状況 | 財物または受託品名 損害額 円 見込・確定 | |

※太枠内のみ記入してください。

| | | | |
|------|--|--|--|
| 整理番号 | | | |
|------|--|--|--|

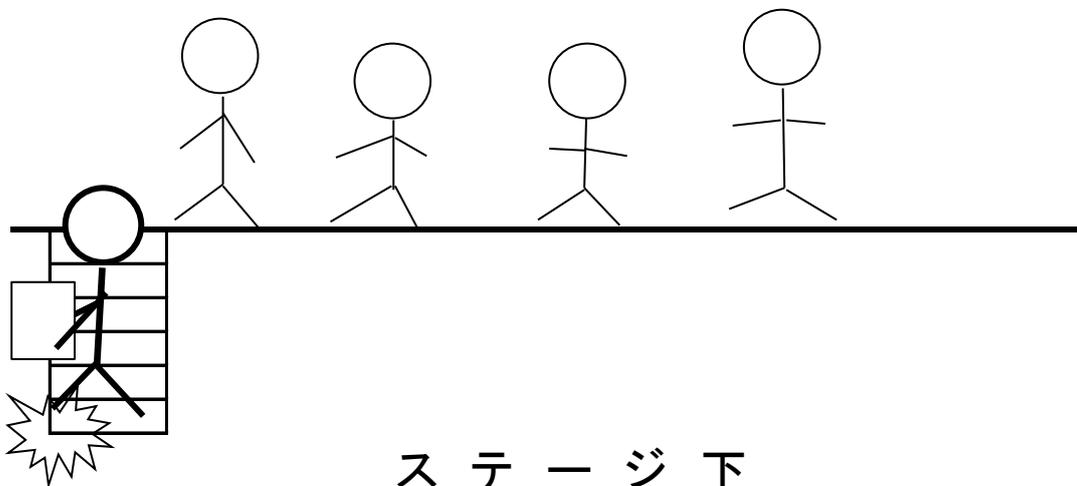
事故発生状況の説明

(具体的に「どのようにした際・どうして・体のどこが・どうなったか」を記載してください)

ふれあい文化祭の後片付け中に、荷物を持ちステージからおりに
階段で転倒し、右足首を捻挫した。

事故発生現場の見取図

ス テ ー ジ



添付資料(次の全ての書類を添付)

- 1 団体の概要が把握できる資料 (会則・規約など)
- 2 当日の参加者名簿
- 3 事故発生日, 場所, 時間などが把握できる資料(施設利用申込書写・大会等の資料)

注意事項

- 1 事故報告書の提出期限は, 事故発生日から起算して15日以内を目安とします。
- 2 保険金の請求方法は, 事故報告書が提出され, 市民活動中の事故と認められた後, 送付される保険金請求手続きの案内書に記載されています。完治後, 必要な書類を保険会社に提出してください。

受理年月日

年 月 日

受 理 課 名

所属長印

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|