様式第１号（第８条関係）　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　月　　日

事故報告書（第７－　　号）

福津市長　あて

団体名

代表者名

住　所

電　話　（　　　）　　　－

　次の事故について、福津市市民活動災害補償制度の適用を受けたいので、福津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。

　なお、災害補償制度の各種手続に当たり、報告書記載の個人情報を市が契約する損害保険会社に提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 市 民 活 動 | 活　動　名実施年月日　　　　　　　年　　　　月　　　　日～　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事 故 種 別 | 　１　傷害事故　　２　賠償責任事故　　　（○をつける） |
|  事故発生日時 　　　 場所 | 日時　　　　　　　年　　　月　　　日　　午前 ・ 午後　　　時　　　分頃所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名 |
|  事故当日の指導者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－ |
| 市民活動者傷害事故：負傷等者賠償事故：加害行為者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－(保護者名[未成年の場合]:　　　　　　　　　　)　　年齢（　　歳）性別（ 男 ・ 女 ） |
|  傷害の状況（傷害事故） | 傷病名（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）部位：頭部、顔面、頚部、胸部、腹部、腰部、上肢、下肢、その他（　　　　　　　　　　　　）状態：骨折、脱臼、打撲、捻挫、切り傷、欠損、その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 治療期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（延　　　日間）　見込入　　院　　　　　／　　　　～　　　　／　　　　　　　（実　　　日間）　確定 |
| 治療期間　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（延　　　日間）　見込通　　院　　　　　／　　　　～　　　　／　　　　　　　（実　　　日間）　確定 |
| 病院名　　　　　　　　　　　　　　所在地電話　（　　　）　　　－　　　　　　 複数の場合、裏面備考欄に御記入ください。 |
| 賠償損害の状況（賠償責任事故） | 被害者　　住所氏名　　　　　　　　　　　　　　電話（　　　　）　　　－(保護者名[未成年の場合]:　　　　　　　　　 　) |
| [身体賠償]（ 入院　・　通院 ）病院名所在地　電話（　　　　）　　　－[財物賠償]財物名所在地損害額　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　確定 ・ 見込 |
| 保険会社からの連絡先 | 団体代表者　・　負傷等者（被害者）　※どちらかを○で囲んでください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受　　付 | 団体所管課 | 地域コミュニティ課 |
|  |  |

【 添付書類 】

1 団体の概要を把握できる書類(会則・活動計画等)

2 事故発生状況が説明できる資料(実施要項・案内等)

※賠償責任事故の場合　被害状況写真など

3 当日の指導者等及び参加者の名簿

**◎　裏面も御記入ください。**

|  |
| --- |
| 事故発生状況[事故の原因(どのようにして)・結果(どうなりました)等をご記入ください。] |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 事故発生現場の見取図 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備　考 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |