

年 月 日

美浜町長 様

報告者住所

美浜町〇〇1-1

報告者氏名

〇〇区長 美浜太郎

印

※賠償事故加害者又は傷害事故負傷者との関係  
(本人・親権者・相続人・その他)

今後の連絡先( 000-1111-2222 )

## 住民活動(賠償・傷害)事故発生報告書

住民活動中に事故が発生しましたので、美浜町住民活動災害補償制度要綱第10条の規定により、ご報告いたします。なお、災害補償制度適用の可否に関し、報告書記載の個人情報を第3条(保険契約による制度の保全)に規定する損害保険会社に提供することに同意します。

|                       |                             |                           |                           |                      |  |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|--|
| 賠償事故                  | 加害者                         | 氏名                        | 氏名、住所、年齢、連絡先の記載をお願いいたします。 |                      |  |
|                       |                             | 住所                        | す。男・女 年齢 歳 連絡先( )-( )-( ) |                      |  |
|                       |                             | 団体名                       | 〇〇区                       |                      |  |
|                       | 被害者                         | 氏名                        | 氏名、住所、年齢、連絡先の記載をお願いいたします。 |                      |  |
| 住所                    |                             | す。男・女 年齢 歳 連絡先( )-( )-( ) |                           |                      |  |
| 傷害事故                  | 氏名                          |                           |                           |                      |  |
|                       | 住所                          | 男・女 年齢 歳 連絡先( )-( )-( )   |                           |                      |  |
|                       | 団体名                         |                           |                           |                      |  |
| 活動名                   | 社会奉仕作業                      | 活動内容                      | 草刈り作業                     |                      |  |
| 事故発生日                 | 作業日記載                       | 発生場所                      | 事故発生場所の記載                 |                      |  |
| 疾病名                   |                             | 治療見込<br>期 間               | 入院見込<br>通院見込              | 日間<br>日間             |  |
| 病院名                   |                             | 医師名                       |                           |                      |  |
| 病院住所                  | 連絡先( )-( )-( )              |                           |                           |                      |  |
| 事故発生状況                | できるかぎり詳しく記載してください。          |                           |                           |                      |  |
|                       | 社会奉仕作業(草刈り)中、飛び石による車両のガラス破損 |                           |                           |                      |  |
| 主催者又は<br>目撃者の事故<br>証明 | 氏名                          | 〇〇区長 美浜太郎                 |                           | 印                    |  |
|                       | 住所                          | 美浜町〇〇1-1                  |                           | 連絡先( 000-1111-2222 ) |  |
| 事務局記載欄                |                             |                           |                           |                      |  |

- 1 写真等事故発生状況が確認できる資料がある場合には添付してください。
- 2 報告者氏名、目撃者事故報告証明の欄の氏名は事故対象者の親族以外の方のお名前をご記入ください。