様式第１号（第９条関係）

まちづくり活動補償制度事故報告書

年　　　　月　　　日

　（宛先）鈴鹿市長

　　　　　　　　　　　　　　　報告者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　法人その他の団体にあっては、主たる事務所

　　　　　　　　　　　　　　　　の所在地、名称、代表者の氏名及び電話番号

　まちづくり活動中に事故が発生しましたので、鈴鹿市まちづくり活動補償制度実施要綱第９条の規定により次のとおり報告します。なお、まちづくり活動補償制度の適用の可否に関し、報告書記載の個人情報を保険会社に提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 団体等の代表者 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 |
| 電話番号　 |
| 事故の種類 | □傷害事故 □特定疾病事故 □一般疾病事故 □賠償責任事故 |
| 事故発生日時 | 　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　曜日） |
| 　午前 ・ 午後　　　　　時　　　　　分ごろ |
| 事故発生場所 |  |
| 当日の代表者等 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 生年月日　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住　　所 |
| 電話番号　 |
| 当日の活動内容 |  |

備考　当日の代表者等及びスタッフ並びに参加者の名簿並びにまちづくり活動及び事故の状況並びに団体等の概要がわかる資料を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 傷害事故特定疾病事故一般疾病事故 | 氏名 |
| 生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 |
| 電話番号 |
| 賠償責任事故 | 加害者 | 氏名 |
| 生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 |
| 電話番号 |
| 被害者 | 氏名 |
| 生年月日　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 |
| 電話番号 |
| 傷病名 |  |
| 治療期間 | □ 入院期間　　　年　　月　　日～　　　年　　　月　　　日　（延べ　　　　日間）　□ 確定　　□ 見込み |
| □ 通院期間　　　年　　月　　日～　　　年　　　月　　　日　（延べ　　　　日間）　□ 確定　　□ 見込み |
| 医療機関 | 名　　称 |
| 所在地 |
| 電話番号 |
| 財物損害状況 | 財物名 |
| 所在地 |
| 損害額　　　　　　　　　　　　円　　□ 確定　　□ 見込み |
| 事故発生状況 |  | 事故発生現場の見取り図 |
|  |