【傷　害】事　故　報　告　書

（宛先）岡崎市長

提出日　　　令和　　年　　月　　日

以下の事故について岡崎市市民活動総合補償制度に従い事故報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 負傷者または被災者名  (フリガナ) | | 性別　　　男　　・　　女 |
| 年齢　　　　　　　歳 |
| 負傷者または被災者住所  〒　　　－ | | 日中連絡先  **※携帯電話等、日中に必ず連絡のつく電話番号を記入してください。**  TEL　 　　（　　　　） |
| 事故の日時  　　　　　令和　　　年　　　月　　　日（　　）　午前　・　午後　　　　時　　　分頃 | | |
| 事故の場所 | | |
| 事故の状況 | | 病院・診療所名  ①  　TEL　　　　（　　　　）  ②  TEL　　　　（　　　　） |
| 傷病名および受傷部位  傷病名　　　　　　　　　　　　受傷部位 | | |
| 市民活動団体名 | 代表者役職・氏名    TEL　　　　（　　　　）  **※本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。** | |
| 市民活動の内容 | | |

※市役所確認欄

「各課の把握する団体」担当課等長名

※署名または記名押印

担当部署

所属長名

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日  　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 補償制度の適用  　　　　可　　　否　　　要判定 | 市民協働推進課担当者名  ㊞ |