様式第２号

　　年　　月　　日

府　中　町　長　様

団体名

住　　所

代表者名　　　　　 　　 　　　　　㊞

連絡先（　　　）－（　　　）－（　　　　）

**府中町町民活動事故報告書**

町民活動中に、次のとおり事故が発生しましたので、府中町町民活動保険制度実施要綱

第９条の規定により報告します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **事　　　　　　　　故　　　　　　　　内　　　　　　　　容** | 負　傷　者・加　害　者 | (ふりがな)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（年齢　　　歳） |
| 住所 | 〒　　 連絡先（　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| 事故種別 | １　賠償責任事故　　　　　　２　傷害事故 |
| 事故発生日時 | 　　　年　　　月　　　日（　　）　午前　・　午後　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 | 発生場所 |
| 施設名等 |
| 活動内容 | （具体的に記入してください） |
| 事故状況（できるだけ詳しく記載してください。） |  | （事故現場の見取図） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

（注意事項）

１　この報告書は、事故の日を含め30日以内に提出してください。（提出が遅れた場合、保険制度が適用されないことがあります。）

２　当日の活動内容がわかるもの（事業計画書、要綱、チラシ、回覧、通知文など）、当日の活動者の名簿、事故現場の見取図、現場写真2～3枚（対物賠償事故の場合）、往復経路図（往復途上の場合）など事故を証明できる資料を添付してください。

３　損害賠償事故において当事者間で示談を行う場合は、必ず事前に町へ相談してください。（相談なく示談された場合は、保険制度が適用されないことがあります。）

４　記入された個人情報は保険会社へ提供し確認を行います。その結果、保険制度が適用されない場合がありますので御了承ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **賠　　　　償　　　　責　　　　任　　　　事　　　　故** | 身体賠償事故 |  被　害　者 | （ふりがな）氏　　名 | （年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒 連絡先（ 　　　）－（　 　　）－（　　　　） |
| 傷害内容 | 傷病名 |  | 部　　位 |  |
| 症状･程度 |  |
| 医 療 機 関 | 名　　称 |  | 担当医師 |  |
| 住　　所 | 〒連絡先（　　 　）－（　　　 ）－（　　　　） |
| 休　業　期　間 | 　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（ 日間） |
| 財物賠償事故 | 所 有 者 | （ふりがな）氏　　名 | （年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒連絡先（　 　　）－（　 　　）－（　　　　） |
| 物　件　名　称 |  |
| 損　壊　程　度 |  | 損害見込額 | 円 |
| 修 理 業 者 | 名　　称 |  | 担　当　者 |  |
| 住　　所 | 〒連絡先（　 　　）－（　 　　）－（　　　　） |
| 他の損害保険の有無 | 無・有（有の場合は他の損害保険証券の写しを貼付） |
| **傷　　害　　事　　故** | 傷害内容 | 傷病名 |  | 部　位 |  |
| 症状･程度 |  |
| 医療機関 | 名　　称 |  | 担当医師 |  |
| 住　　所 | 〒連絡先（　　　 ）－（　 　　）－（　　　　） |
| 治療見込 | □入　院　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　（　　　　日間）□通　院　　　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日　（うち　　日間） |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　**府中町記載欄** |
| 所管課受付日 | 年　　　　月　　　　日 | 自治振興課受付印 |
| 所管部課名 |  |
| 担当者 |  |
| （備考） |