　事　故　報　告　書（傷害）

（宛先）安城市長

提出日　令和　　年　　月　　日

（提出者）

氏名

電話

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被害者氏名(フリガナ)・・・ケガなどをされた方 | | 生年月日　西暦　大正　昭和　平成　令和  　　　　　年　　　　　月　　　　日 |
| 被害者住所 | | 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ご記入下さい。**  電話　 　　（　　　　） |
| 事故の日時  　　　　　　令和　　年　　　月　　　日（　　）　午前　・　午後　　　　時　　　分頃 | | |
| 事故の発生場所 | | |
| 事故の状況（事故原因・状況・受傷の程度等できるだけ具体的にご記入ください。） | | 病院・診療所名  電話　　　　（　　　　）  入院の有無　　　有・無 |
| 市民活動の内容（行事・イベントの名称等） | | |
| 市民活動団体名 | 上記の内容は事実と相違ありません。  代表者役職・氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)  電話　　　　（　　　　）  （※）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。 | |

以下の事故について安城市市民活動補償制度（ふれあい補償制度）に従い事故報告します。

虚偽の報告をした場合、保険金が支払われない場合があります。

※市役所確認欄

|  |
| --- |
| ふれあい補償制度の適用　　　　可　　　否　　　要判定　　　　　　　　　　　担当 |