

年 月 日

市民活動〔賠償・傷害〕事故発生報告書

大牟田市長 あて

報告者 住 所 _____
氏 名 _____
電 話 _____

市民活動中に事故が発生しましたので、大牟田市市民活動補償制度実施要綱第7条の規定により報告します。

■団体情報及び活動状況

団体名
指導者または代表者名
〒 (住所) 市
TEL
活動名
活動内容

■事故情報

事故種別	1.損害賠償 2.傷害
事故発生日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ
事故発生場所	(住所) (施設名)
事故状況・原因	原因は何ですか？その結果、どのような怪我や事故となりましたか？

所管課受付印

■負傷者（傷害もしくは賠償相手）情報

氏名	フリガナ		
〒	住所	市	性別 男 女
TEL	生年月日	年	月 日
保護者氏名（未成年者のみ）	フリガナ		
傷病名			
お怪我の部位 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 背 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> でん部 <input type="checkbox"/> 左腕 <input type="checkbox"/> 右腕 <input type="checkbox"/> 左手指 <input type="checkbox"/> 右手指 <input type="checkbox"/> 左足 <input type="checkbox"/> 右足 <input type="checkbox"/> 左足指 <input type="checkbox"/> 右足指 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
お怪我の症状 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> 擦り傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 内出血 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
入院期間	年	月	日 ～ 年 月 日（延 日間、実 日間） 確定・見込
通院期間	年	月	日 ～ 年 月 日（延 日間、実 日間） 確定・見込
病院名・所在地	病院名	TEL	
〒	所在地	市	
治療完了予定日	年	月	日

■被害情報（損害を受けた者）*物損の場合のみ

氏名	フリガナ		
〒	住所	市	性別 男 女
TEL	生年月日	年	月 日
損害物	被害状況		
修理見積業者名	修理先 TEL		
見積額	円 見込・確定（わかっている場合はご記入ください）		

■賠償情報（損害を与えた者）

氏名	フリガナ		
〒	住所	市	性別 男 女
TEL	生年月日	年	月 日

■留意事項

- ①物損の場合は、事故の発生状況が把握できる資料（写真、見積書など）を添付してください。
- ②団体の概要を把握できる書類や事故当日の活動内容が分かる書類（事業計画書や予算書、参加者名簿など）を提出していただく場合があります。
- ③治療費の領収書（明細書）などは大切に保管しておいてください。

※保険会社の審査により、保険が適用とならない場合もあります。