

知多市まちづくり活動補償制度事故報告書

記入例

傷害・賠償の別 (○を付して下さい。)

報告日 令和〇年〇月〇日

賠償の場合 原因者※	(フリガナ) チタシミドリマチ2パンチ 住所 知多 市 区 町 村 緑町2番地	(フリガナ) ミドリマチ ジロウ 本人氏名(団体名) 緑町 二郎	連絡先☎ (0562) 33 - 〇〇〇〇
	(フリガナ) 法定代理人(親権者)住所 市区 町 村	法定代理人(親権者)氏名	生年月日 昭和〇年〇月〇日
	同上/ 市区 町 村	同上/()	法定代理人(親権者)連絡先☎ 同上/()
			法定代理人(親権者)生年月日 年 月 日

事故発生日時	令和〇年〇月〇日・午前・午後 7時00分頃	警察への届出	有・無
--------	-----------------------	--------	-----

事故発生場所	愛知 都 道 府 県 知多 市 区 町 村 緑町〇〇番地
--------	------------------------------------

活動内容	緑町コミュニティ盆おどり大会の前日準備
------	---------------------

傷害の場合	(部位) 頭部 顔面 頸部 肩部 胸部 腹部 脊柱 上肢 腰部 手指 下肢 足指 その他 ()	(症状) 骨折 脱臼 捻挫 切傷 打撲 その他 ()
-------	--	-----------------------------------

傷病名	医療機関名	医療機関連絡先☎
右手首の骨折	緑町病院	(0562) 33-〇〇〇〇
保険医療費の窓口負担分全額の助成がなされる場合、 該当する医療制度(生活保護は除く)に○を付けてください。		
<input type="checkbox"/> 知多市子ども医療制度 <input type="checkbox"/> 知多市母子家庭等医療制度 <input type="checkbox"/> 知多市障害者医療制度 <input type="checkbox"/> その他 ()		

賠償の場合	(フリガナ) 住所 市区 町 村	氏名	生年月日 年 月 日
	医療機関名	医療機関連絡先☎	被害者連絡先☎
		修理業者名	修理業者連絡先☎

内容	(発生状況及び被害の状況：できるだけ詳しくご記入ください。) 緑町コミュニティ盆おどり大会の前日準備において、 櫓(やぐら)を組み立てるため、資材を倉庫から運搬し ていたところ、バランスを崩し、転倒。 地面に手を突いた際、右手首を骨折した。	《見取り図》 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 手書きで構いませんので、発生状況等について、記入してください。 </div>
----	--	--

証明欄

まちづくり活動補償制度事務局の証明 上記の事故はまちづくり活動によって発生したことに相違ありません。 知多市まちづくり活動補償制度事務局 取扱責任者 市民協働課長 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 10px auto;">市処理欄</div>	団体等の証明 上記の事故はまちづくり活動によって発生したことに相違ありません。 団体等の名称※ 緑町コミュニティ 団体等での活動管理責任者 (役職名) (氏名) 会長 緑町 三郎
--	---

※原因者・・・団体又は指導者等

※団体等の名称・・・各種団体、コミュニティ、区、自治会、町内会、字、班 などの名称