

知多市まちづくり活動補償制度事故速報

記入例

事故が発生した活動の所管課を記入してください。

< 傷害事故 >

知多市役所〇〇課 御中

次のとおり報告します。

令和〇年〇月〇日

〒478-〇〇〇〇
 報告者 (住所) 知多市緑町3番地
 (氏名) 緑町 三郎
 連絡先 (TEL) 0562 (33) 〇〇〇〇

活動内容	緑町コミュニティ盆おどり大会の前日準備		
活動の責任者	(団体名称) 緑町コミュニティ (氏名) 緑町 三郎 (住所) 知多市緑町3番地 連絡先 (TEL) 0562 (33) 〇〇〇〇		
事故発生日時	令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前・ 午後 7時00分頃		
事故発生場所	緑町小学校グラウンド (知多市緑町〇〇番地)		
警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 有 (届出警察署) (届出日) (届出者氏名) (受理番号) <input type="radio"/> 無 年 月 日		
傷害事故	ケガをした人	住所	知多市緑町2番地 連絡先 (TEL) 0562 (33) 〇〇〇〇
		氏名	緑町 二郎 (保護者氏名) <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 (生年月日) 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	適用医療 [*] 制度	<input type="checkbox"/> 知多市子ども医療制度 <input type="checkbox"/> 知多市障害者医療制度 <input type="checkbox"/> 知多市母子家庭等医療制度 <input type="checkbox"/> その他	
	身体障害	程度	死亡 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 入院 (3日見込み) <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 通院 (7日見込み)
		部位	右手首
		症状	<input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 切断 <input type="checkbox"/> 創傷 <input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> その他 ()
治療病院名	(住所) 知多市緑町〇〇番地 (病院名) 緑町病院 (TEL) 0562 (33) 〇〇〇〇		
事故内容	緑町コミュニティ盆おどり大会の準備で資材を運搬中にバランスを崩し、転倒。右手首を骨折した。		

※適用医療制度…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。