

年 月 日

西宮市長 殿

事 故 報 告 書

（西宮市自治会等公益活動補償制度）

自治会等名称

代表者 住所

氏名

連絡先（自宅）

（携帯）

自治会等公益活動中に事故が発生しましたので、西宮市自治会等公益活動補償制度実施要綱第12条の規定により、下記のとおり報告します。

なお、補償制度の適用の可否に関し、報告書記載内容（個人情報含む）を同要綱第3条に規定する保険会社に提供することに同意します。

記

事故の種別 （該当項目に <input checked="" type="checkbox"/> をして下さい）	<input type="checkbox"/> 傷害事故（ <input type="checkbox"/> 通院補償金、 <input type="checkbox"/> 入院補償金、 <input type="checkbox"/> 手術補償金、 <input type="checkbox"/> 後遺障害補償金、 <input type="checkbox"/> 死亡補償金） <input type="checkbox"/> 賠償責任事故（ <input type="checkbox"/> 対人賠償金、 <input type="checkbox"/> 対物賠償金）		
事故発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分ごろ
事故発生場所			
活 動 名			
活 動 内 容			
目 撃 者 の 事 故 証 明	氏 名		
	住 所		
	連絡先 自宅（ ）	—	
	携帯（ ）	—	

※添付書類 当日の活動や事故の状況が説明できる資料（ちらしなど）

傷害事故 及び 疾病事故	(負傷者)	氏名	性別 男・女 生年月日 年 月 日		
		住所	連絡先 自宅 携帯		
		保護者名 (未成年者の場合のみ)			
	病状	傷病名 (疾病名)	手術の有無 有・無		
		症状	創傷・打撲・骨折・捻挫・脱臼・腱断裂・切断・やけどその他 ()		
	治療期間	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで	(延 日間) 確定・見込	
		入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	(延 日間) 確定・見込	
	医療機関	名称		医師名	
		住所	連絡先 診療科 (科)		
	賠償責任事故	対人賠償	加害者	氏名	性別 男・女 生年月日 年 月 日
住所				連絡先 自宅 携帯	
保護者名 (未成年者の場合のみ)					
被害者		氏名	性別 男・女 生年月日 年 月 日		
		住所	連絡先 自宅 携帯		
対物賠償		財物名		損害額	円 (確定・見込)
	所在地				
事故発生状況	(具体的に記入して下さい)				
備考					