

受付番号 第 _____ 号
受付担当者 _____ 印
菊池市コミュニティ活動補償制度事務局 御中

報告者住所 _____
報告者氏名 _____

※賠償事故加害者又は傷害事故負傷者との関係 (本人・親権者・相続人・その他)
今後の連絡先 () - () - ()

コミュニティ活動〔賠償・傷害〕事故発生報告書

市民活動中に事故が発生しましたので、菊池市コミュニティ活動補償制度要綱第 8 条（事故発生報告及び事故審査通知）の規定により、ご報告いたします。なお、補償制度適用の可否に関し、報告書記載の個人情報を同要綱第 3 条(保険契約)に規定する損害保険会社に提供することに同意します。

賠償事故	加害者	氏 名	年 齢 歳		
		住 所	連絡先 () - () - ()		
		団体名			
	被害者	氏 名	年 齢 歳		
		住 所	連絡先 () - () - ()		
傷害事故	氏 名	年 齢 歳			
	住 所	連絡先 () - () - ()			
	団体名				
活動名			活動内容		
事故発生日			発生場所		
疾病名			治療見込 期 間	入院見込 通院見込	日間 日間
病院名			医師名		
病院住所	連絡先 () - () - ()				
事故発生 状 況	できるかぎり詳しく記載してください。				
主催者又は 目撃者の事 故証明	氏 名	印			
	住 所	連絡先 () - () - ()			
事 務 局 記 載 欄					