

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 日間 通院見込 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 | | | | |