

鎌倉市市民活動補償制度事故報告書

年 月 日

(宛先) 鎌倉市長
氏名(代表者)
団体名(団体のみ)
住所
電話 ()

鎌倉市市民活動補償制度実施要綱第 7 条の規定に基づき報告します。

事故種別	<input type="checkbox"/> 賠償事故 <input type="checkbox"/> 傷害事故		
指導者又は活動者	住所	生年月日	年 月 日 (歳)
	ふりがな	電話	()
	氏名		
親権者 (指導者又は活動者が未成年の場合)	住所	生年月日	年 月 日 (歳)
	ふりがな	電話	()
	氏名	指導者又は活動者との関係 ()	
事故発生日時	年 月 日 ()	午前 午後	時 分頃
事故発生場所	所在地		施設名
事故発生時の活動内容			
事故発生状況 (詳細に記入してください)			
傷害事故	傷害の部位及び傷病名		
	治療期間	入院	年 月 日～ 年 月 日(延 日) 見込・確定
		通院	年 月 日～ 年 月 日(延 日) 見込・確定
	医療機関	医療機関名 (医師名:)	
所在地 電話 ()			

※賠償事故は裏面にご記入ください。

賠償事故					
事故の相手方	住所		生年月日 年 月 日生(歳)		
	ふりがな		電話	()	
	氏名				
警察への届出	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり [警察署名] [届出日 年 月 日]				
損害賠償を担保とする他の損害保険契約	会社名	証券番号	種目・特約	限度額	免責金額
他人の財物に損害を与えた場合					
財物名	購入時期 年 月頃				
損害額	円 (見込み ・ 確定)				
修理先	住所				
	名称		電話 ()		
他人の身体に傷害を与えた場合					
受傷部位					
治療期間	入院 年 月 日～ 年 月 日(述べ 日間)				
	退院 年 月 日～ 年 月 日(述べ 日間)				
症状					
医療機関	医療機関名 (医師名：)				
	所在地		電話 ()		

※ 下記の欄には記入しないでください。

報告書受理年月日	.	.	要綱所管課受理年月日	.	.	判定委員会開催の有無
報告書受理所管名			適用欄			有 ・ 無
報告書受理担当者名						