

様式（第 1 1 条関係）

稲沢市市民活動総合保険制度事故報告書

令和 年 月 日

稲沢市長 様

報告者 団体名
(ボランティア名)
代表者
住所
電話番号

市民活動等を行っているときに事故が発生したため、稲沢市市民活動総合保険制度の適用を受けたく、次のとおり報告します。

事故の種類別	<input type="checkbox"/> 賠償責任保険 <input type="checkbox"/> 傷害事故（該当する事故にレ点を記入）		
事故発生日時	年 月 日（曜日）午前・午後 時 分頃		
事故発生場所			
事故発生施設の名称			
活動又は業務の種類	（具体的に記入してください）		
加害者氏名	（直接加害行為をした第3者がいる場合に記入してください）		届出警察署
身体事故	被害者	氏名	男・女（才） 保護者（被害者が未成年者の場合）
		住所	
	身体障害	程度	死亡 後遺障害（見込） 入院（日見込） 通院（日見込）
		部位	
	症状	骨折 切断 創傷 打撲 火傷 その他（ ）	
治療病院名			
財物事故	所有者	（住所） （氏名）	
	損壊財物の名称	損壊の程度	
	修理業者名	（担当者名） （TEL）	損害賠償額

事故の発生状況		
事故の原因		
被害者の意思		
その他の特記事項		

事故の発生状況図