

## 記入例

## 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 **稲沢市〇〇団体**  
(ボランティア名)  
代表者 **稲沢 太郎**  
住所 **稲沢市〇〇町〇番地**  
電話番号 **〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇**

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。

事故の種別	<input type="checkbox"/> 賠償責任保険 <input checked="" type="checkbox"/> 傷害事故 (該当する事故にレ点を記入)		
事故発生日時	令和〇〇年 1月24日 (木曜日) 午前 午後 2時00分頃		
事故発生場所	稲沢市〇〇町〇番地		
事故発生施設の名称	〇〇公園		
活動又は業務の種類	(具体的に記入してください) 防災訓練		
加害者氏名	(直接加害行為をした第三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	稲沢 花子 男・女 〇〇才) 保護者 (被害者が未成年者の場合)
		住所	稲沢市△△町△番地
	身体障害	程度	死亡 後遺障害 ( 見込) 入院 ( 日見込) 通院 ( 3日見込)
		部位	右腕
	症状	骨折 切断 創傷 打撲 火傷 その他 ( )	
治療病院名	〇〇医院		
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	<p>防災訓練中、バケツリレーを行っていたが、被害者が勢い余って転倒、右腕に打撲と創傷を負ったもの。</p>	
事故の原因	<p>防災訓練中の転倒により受傷。</p>	
被害者の意思	<p>痛みがあるため治療を希望。〇〇医院にて受診。</p>	
その他の特記事項	<p>当日に被害者より連絡あり。〇〇医院にて治療とのこと。</p>	