

※『消せるボールペン』は使用できません。

# 記入例

## 茅ヶ崎市市民活動等災害補償制度事故報告書

令和3年5月10日

(あて先) 茅ヶ崎市長

報告者 住所又は所在地  
氏名 (法人その他の団体にあっては  
名称及び代表者氏名)  
電話番号

茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-0  
茅ヶ崎さわやかサークル  
会長 茅ヶ崎 太郎  
0467(82)0000

市民活動等を行っているときに事故が発生したので、茅ヶ崎市市民活動等災害補償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"/> 賠償責任事故 <input checked="" type="checkbox"/> 傷害事故					
事故発生日時	令和3年5月2日 13時30分					
事故発生場所	茅ヶ崎市〇〇町△△公園					
事故発生場所にいた指導者等(当該者が複数いる場合は、その代表者)	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-0		電話	0467(82)0000	
	氏名	茅ヶ崎 太郎	生年月日	昭和30年5月6日		
当日の活動内容	所属ボランティア団体による△△公園の清掃活動					
負傷者(死亡者)又は被害者	住所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-2-0		電話	0467(83)0000	
	フリガナ	チガサキ ハナコ		生年月日	昭和35年10月25日(〇〇歳)	
	氏名	茅ヶ崎 花子				
保護者氏名(未成年者の場合)				続柄		
遺族の代表者	住所				電話	( )
	氏名				続柄	
傷害の状況	傷病名	捻挫	傷害の部位	左足首	症状	痛み、腫れ
	入院期間	年 月 日 から 年 月 日まで(延べ 日間) 確定・見込				
	通院期間	令和3年5月2日から令和3年6月10日まで(延べ40日間) 確定・見込				
医療機関	所在地	茅ヶ崎市本村1-△-△		電話	0467(52)0000	
	名称	茅ヶ崎△△外科医院				
財物の損害状況	財物名			損害額		
事故発生の状況	公園の清掃活動中、石段につまづき転倒した際に左足首を捻挫する。	事故発生場所の見取図	花壇		花壇	
			通路			

備考 次に掲げる書類を添付してください。

修正ペン・修正テープは使用できません

※ 二重線を引き、訂正してください