様式第１号（第１０条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

報告者　住所

氏名

　　　　電話　　　　（　　　　）

※賠償事故加害者又は傷害事故負傷者との関係（団体の代表者・本人・親権者

・相続人・その他（　　　））

事故報告書

　市民活動中に事故が発生しましたので、高松市市民活動保険制度実施要綱第１０条第１項の規定により、報告します。

　また、市民活動保険制度の各種手続において、この報告書記載の個人情報を市が契約する保険会社等に提供することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故の種類  （該当に○） | | | | 賠償事故　 ・　　　傷害事故 | | | | | | | | |
| 所属団体 | | 団体名 | |  | | | | | | | | |
| 団体所在地 | |  | | | | | | | | |
| 代表者名 | |  | | | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | | | |
| 主な活動内容 | | ※ 日頃の活動について確認できる資料を添付してください。 | | | | | | | | |
| 事故の詳細 | | 事故発生日における活動内容 | | 報酬：有（　　　）円・無  ※ 当日の活動のチラシ、開催要項又は案内状を添付してください。 | | | | | | | | |
| 発生日時 | | 年 月 日（　 ） 午前 ･ 午後 時 分頃 | | | | | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | | | | | |
| 発生時の状況  ※できるだけ詳しく御記入ください。  枠内に記載できないときは  　 別紙の添付可 | |  | | | | | （事故現場の見取図） | | | |
| 主催者又は事故の目撃者等で当日の事故の状況等を証明できる者  ※ 確認のため御連絡をさせていただく場合があります。 | | | | 住所 | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | |
| 負傷者  （死亡者）  又は  被害者 | | | 住所 | |  | | | | | | |
|  | |  | | | 生年月日 | | 年 　月　 日 | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 加害者  ※賠償事故の場合 | | | 住所 | |  | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | | |
| 身体事故 | 身体の障害の内容 | | 傷病名 | |  | | | 部位 | |  | |
| 症状・程度 | |  | | | | | | |
| 傷病程度 | | 入 院：　　月 　日 ～ 　月 　日　（　　日間　確定・見込み）  通　院：　　月 　日 ～ 　月 　日　（うち　　日間　確定・見込み）  　※ 治療継続中の場合：現在の通院頻度（　月　／　週　　　日程度） | | | | | | | | |
| 医療機関名 | |  | | | | | 電話番号 | | |  |
| 財物事故 | 損壊物名称 | |  | | | | | 損壊見込額 | | | 円 |
| 修理業者名 | |  | | | | | 電話番号 | | |  |

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

　高松市記載欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付欄 | 受付方法 | □持参（　　　　　　　）　□郵送  □その他（　　　　　　　　　　　　　） | 整理番号 |  |