

寒川町住民活動補償制度事故報告書

報告者（あなた）

住所	〒 -		
ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
氏名			
連絡先 (日中連絡可)	電話番号 ()		
	メールアドレス		
活動団体との 関係性	<input type="checkbox"/> 代表者 <input type="checkbox"/> 団体員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
親権者等 (未成年の場合)	氏名(ふりがな) ()		
	電話番号 ()		

活動内容

ふりがな			
団体名 (個人の場合は不要)			
代表者 (あなた(報告者)が 代表者の場合は 同上とご記入ください)	住所	〒 -	
	ふりがな		
	氏名		
	連絡先 (日中連絡可)	電話番号 ()	
メールアドレス			
活動場所			
事故のあった 活動内容 (具体的に)			

(必須条件チェックリスト)

- 活動拠点が寒川町内である
- 特定の政党もしくは宗教に係る活動でない
- 営利を目的とする活動でない(報酬等が発生していない)
- 職業として行う活動でない

事故内容

事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後 時 分
事故発生場所	〒 - <input type="checkbox"/> 地図添付	
事故の発生状況 (発生原因なども含め 詳しくご記入ください)		

賠償責任事故	被害者	住所	〒 -		
		ふりがな			
		氏名			
		連絡先 (日中連絡可)	電話番号	()	
			メールアドレス		
	立場	<input type="checkbox"/> 活動参加者 <input type="checkbox"/> 第三者 ()			
	加害者	住所	〒 -		
		ふりがな			
		氏名			
		連絡先 (日中連絡可)	電話番号	()	
			メールアドレス		
	立場	<input type="checkbox"/> 団体員 <input type="checkbox"/> 指導者 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	身体事故	障害の内容			
		治療見込期間		医療機関・ 医師名	
財物事故	破損物名		破損の 程度		
	損害見込額		修理業者		

(事故内容 続き)

傷害事故	負傷者	住所	〒 -		
		ふりがな			
		氏名			
		連絡先 (日中連絡可)	電話番号	()	
			メールアドレス		
		立場	<input type="checkbox"/> 団体員 <input type="checkbox"/> 参加者		
		傷病名 (治療前の場合は 負傷状況)			
治療見込期間		医療機関・ 医師名			
特定疾病等	発症者	住所	〒 -		
		ふりがな			
		氏名			
		連絡先 (日中連絡可)	電話番号	()	
			メールアドレス		
		病名	<input type="checkbox"/> 熱中症・熱射病 <input type="checkbox"/> 細菌性食中毒		
		治療見込期間		医療機関・ 医師名	

その他提出物

- 団体の会則・規則等
- 事故当日の名簿等（負傷者が載っているもの）
- 年間行事予定表、当日パンフレット等（当日の活動内容が分かるもの）

※ 報告書に記載されている方（あなた以外も含む）にご連絡する場合がありますので
あらかじめご了承ください。

提出先
寒川町 町民部 町民協働課 協働推進担当
住 所：寒川町宮山165
電話番号：0467-74-1111（内線732）
メー ル：kyoudou@town.samukawa.kanagawa.jp