**報告者（あなた）**

**寒川町住民活動補償制度事故報告書**

年　 月 　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **住所** | 〒 - | | |
| **ふりがな** |  | **生年**  **月日** | □大正 □昭和  □平成 □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** | * 代 表 者 □ 団 体 員 □ 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** | 〒 -   * 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** | * 活 動 参 加 者 □ 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** | * 団 体 員 □ 指 導 者 □ 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** | * 団 体 員 □ 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** | □ 熱 中 症 ・ 熱 射 病 　□ 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