

記入例

事 故 報 告 書

(第 号)

年 月 日

吹田市長 宛

団体名 吹田市役所自治会

代表者 会長 吹田 太郎

住所 吹田市泉町 1-3-40

電話 06-6384-1326

下記の事故について、吹田市市民活動災害保障制度の適用を受けたいので報告します。

事 故 種 別	1 傷害事故 2 損害賠償責任事故 (○をつける)
事故発生日時	令和 ○ 年 5 月 10 日 午前・午後 1 時 30 分頃
場 所	所在地 吹田市泉町 1-3-40 施設名
事業名(行事名)	定例清掃
指 導 者	住 所 吹田市泉町 1-3-40 氏 名 吹田 太郎
被害者または (死亡者)	(〒 564 - 8550) 住 所 吹田市泉町 1-3-41 電話 06-6384-1327 ふりがな つくも はなこ 氏 名 津雲 花子 年齢 60 歳 (男・女) 保護者氏名(未成年の場合) 市外居住者で市内に通勤・通学している場合のみ記入してください。 通勤(学)先 住所
傷 害 の 状 況	部位 (右手) (右手、左足など具体的に記入してください。) 傷病名 きり傷・打撲・骨折・脱臼・捻挫・やけど・その他 () 治療状況 5 / 10 ~ (全治 30 日間) 見込 病院名 吹田市民病院 住所 吹田市岸部新町 5-7 電話 06-6387-3331 病院が複数の場合は裏面備考欄に記入ください。
財物損害の状況	財物名 所在地 損害額 円 確定・見込
保険会社からの連絡先	A 代表者 B 負傷者 (A・B どちらかを○で囲んでください。)

添付書類 ※別途必要な書類

- 当日の活動内容を把握できる書類(開催要項等)
- 当日の指導者等及び参加者の名簿

※この報告書は、事故日から30日以内に市を通して保険会社に提出する必要があります。完治されるのを待たず、早急にご提出ください

※裏面も記入してください。

受付印	担当課	市民自治推進室

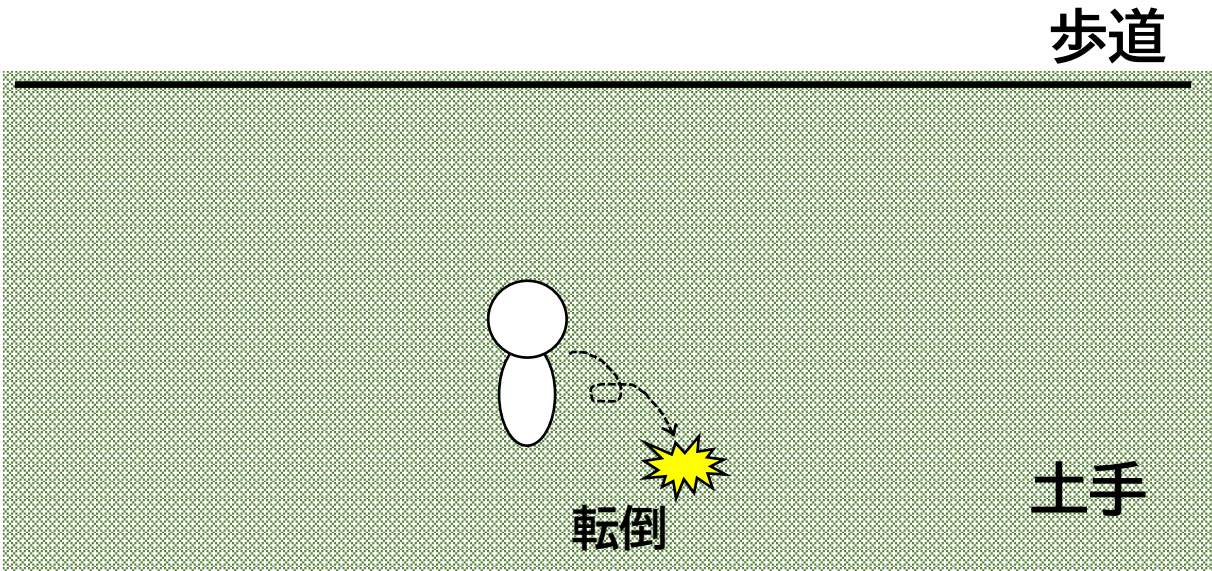
担当課

担当者

事故発生状況（なるべく具体的に記入してください。）
毎月定例の清掃活動中、土手のゴミを拾っている際に足を滑らし転倒。
とっさに右手で体を支えようとしたが、バランスを崩し右腕を強打。
傷みが引かなかったため、病院で診てもらったところ骨折していることがわかった。

事故発生現場の見取図

吹田市役所自治会区域内の土手部分
(泉町 1-3-40 付近)



備 考