様式第１号（第8条関係）

　　年　　月　　日

神　戸　市　長　あて

市民活動事故発生状況報告書 兼 事故証明書

　市民活動中に事故が発生したので，神戸市市民活動補償制度実施要綱第８条に基づき報告します。

■活動団体責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | |
| フリガナ |  | 住所 | 〒　　 － |
| 役職名・  氏名 |  | TEL　　　（　　　 ） |
| 団体の  活動内容 |  | | |

■確認者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | | |
| フリガナ |  | 住所 | 〒　　 － |
| 氏名 |  | TEL　　　（　　 　） |

※事故の目撃者または事故を確認された方。責任者と同じ場合は記入不要。

■事故情報(1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事故日時 | 年　　月　　日（ 　） | 事故発生場所 |  |
| 事故発生  状況 |  | | |

■事故情報(2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 賠 | 償　責　任　事　故 | | | | | | | | | | | | | | |
| 損害を与えた者 | | | | | | 住所 | 〒　　 －    TEL　　　（　　　　） | | | | | | | |
|  |  | | | | | 生　年　月　日 / 年 齢  明 大  昭 平 令 | | |
| 年　 月　 日/　　歳 | | |
| 身体事故の被害者  又は  財物事故の所有者 | | | | | | 住所 | 〒　　 －    TEL　　　（　　　　） | | | | | | | |
|  |  | | | | | 生　年　月　日 / 年 齢  明 大  昭 平 令 | | |
| 年　 月　 日/　　歳 | | |
| 身体  事故 | 身体の傷害の内容 | | | | |  | | | | | | | | |
| 治療見込期間 | | | | |  | | | | | | | | |
| 治療医療機関名 | | | | | TEL　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 財物  事故 | 損壊物名称 | | | |  | | | 損壊の程度 | | |  | | | |
| 修理業者 | | | |  | | | 損害見込額 | | |  | | | |
| 傷 | 害　事　故 | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷者 | | 住所 | 〒　　 －  TEL　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 / 年 齢 | | |
| 年　 月　 日/　　歳  明 大  昭 平 令 | | |
| 傷病名 | |  | | | | | | | 治療見込期間 | | | | | 入院(　　　日間) |
| 通院(　　　日間) |
| 医療  機関名 | | 名称 | |  | | | | | | 医師名 | | |  | |
| 所在地 | | 〒　　 －  　TEL　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |

神戸市 受付担当課記入欄

・受付日：　　　年　　月　　日（　　）

・所　属：

・担当者（電話番号）：