（様式第６号）

事故報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 審査番号 | | | ※第 　　　　　　号 | |  | | | | | | | |
| 町内会名 | | |  | | | 本会確認加入番号 | | | | ※第　　　　 号 | | |
| 氏名 | 住　　　所 | | (〒　　　　　) 　　　　　　　　　　　　　　　（Tel　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 被害者氏名  （会員） | | 男・女 | | 町内会  役職名 |  | | | | 年齢 | |  |
| 日　　　時 | | 年　 　月　 　日（　　曜日） 　 時　　　分 | | | | | | | | | |
| 傷害見舞金・死亡見舞金申請欄 | 場　　　所 | |  | | | | | | | | | |
| 行事計画名 | |  | | | | | | 参加者数 | | 名 | |
| 事故発生状況  原因と経過  （できるだけ詳細に  ご記入ください。） | |  | | | | | | | | | |
| 医療機関・整骨院名 | |  | | | | | | | | | |
| 傷病名 | |  | | 負傷部位 | | |  | | | | |
| 治療期間 | | 自　　 　年　　月　　日 | | 治療の状況 | | | 治ゆ・治療中・死亡 | | | | |
| 日間 | | 治ゆ年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 至　　 　年　　月　　日 | | 死亡年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 後遺障害 | | 有　・　無　（該当する方に○印を付けてください。） | | | | | | | | | |
| ★通院した日が５日(１～５日)以内の治療経過記入欄　～治療経過の詳細にご記入ください～  ・通院した日が５日(１～５日)以内の事故は、様式第７号-１、２が不要です。通院・薬局分の  明細書・領収書（コピー可）を全て添付してください。 | | | | | | | | | | | |
| 破損事故見舞金申請欄 | 破損物 |  | | | 行事計画名 | |  | | | | | |
| 弁償先相手 |  | | | 実費弁償額 | |  | | | | | |
| 破損状況  原因と経過  （できるだけ詳細に  ご記入ください。） | ・修理費用が分かる領収書と破損状況が分かる写真を添付してください。 | | | | | | | | | | |
| 報告者 | | | 住　　所 |  | | | | | | | | |
| 町内会名 |  | | | | | | | | |
| 代表者名 |  | | | | | | | | |

（注１）※印の欄は、記入しないでください。

（注２）太枠の★印の欄は、通院した日が５日(１日～５日)以内の事故の場合のみ記入してださい。

（注３）通院した日が５日(１日～５日)以内の事故は様式第７号-１、２が不要です。

（注４）記入いただいた個人情報は、北海道町内会連合会にて保管し、見舞金支給審査のために利用

します。