**相模原市市民活動サポート補償制度事故報告書**

第１号様式（２－１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　　月　　　日  　　　相　模　原　市　長　宛  団体等の名称  報　告　者　　代表者名  所在地  電 話　　　　　（　　　　） | | | | | | | |
|  | | | | 団体の所管課 | | | |
| 事故の種類 | | （該当するものに☑）□①傷害事故　□②特定疾病事故　□③損害賠償責任事故 | | | | | |
| □活動者  □同行者  □特例適用者 | | 年　　　月　　　日生（　　　　）歳　　□男　・　□女  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業（　　　　　　　　）電話　　　　　（　　　　） | | | | | |
| 法定代理人  （同行者の事故の場合は保護者である活動者） | | 年　　　月　　　日生（　　　　）歳　　続柄（　　　　　）  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職業（　　　　　　　　）電話　　　　　（　　　　） | | | | | |
| 事故発生日時  及び場所 | | 年　　　月　　　日　　午前　・　午後　　　時　　　分頃  場所 | | | | | |
| 事故発生時の  活動内容 | |  | | | | | ※当日の活動行程表・役割  分担表等を添付して下さい。 |
| 事故の発生状況  ※詳細に記入して  下さい。 | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ①　傷　害　事　故 | 傷害の部位  及び症状 |  | | | | | |
| 治療の見通し | 入院期間　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　延べ　　　　　日見込み | | | | | |
| 通院期間　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　延べ　　　　　日見込み | | | | | |
| 医療機関 | 病院名  所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　） | | | | | |
| ②損害賠償責任事故　　※裏面に記入して下さい。 | | | | | | 受付年月日　・　NO | |
| 相模原市使用欄 | | 活動内容等の区分  別表１　（　　　　）該当 | 行事等災害見舞金贈呈の有無 | | □有  □無 | NO． | | |

第１号様式（２－２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ②損害賠償責任事故 | | | | | | | | | |
| 事故の相手方 | 年　　　月　　　日生（　　　　）歳　　□男　・　□女  住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　活動者との関係（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 警察への届出 | □なし　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出日　　　　　　　年　　　月　　　日  □あり　　　　　　　　　　　　　　　 警察署　　　　受理番号 | | | | | | | | |
| 賠償責任を  担保する他の  損害保険契約 | 会社名 | 証券番号 | | 種目・特約 | | | 限度額 | | 免責金額 |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
|  |  | |  | | |  | |  |
| ◇他人の財物に損害を与えた場合 | | | | | | | | | |
| 損傷物 | 購入年月　　　　　　　　　　年　　　月　頃  購入金額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | |
| 修理先 | 電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 財物への  保険の有無 | （保険の種類）　　　　　（会社名）　　　　　（証券番号）　　　　　（保険金額）  □なし  □あり | | | | | | | | |
| ◇他人の身体に障害を与えた場合 | | | 損害の区分 | | （該当に）　□食中毒　　　　　□その他 | | | | |
| 受傷部位 |  | | | | | 治療見込 | | 入院　述べ　　　　　日間  通院　述べ　　　　　日間 | |
| 症状 |  | | | | | | | | |
| 医療機関 | 病院名  所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | |

【記入上の注意事項】

①太枠欄のみ記入して下さい。

②活動者が未成年者の場合は、法定代理人欄にも記入して下さい。

**活　動　状　況　報　告　書**

第２号様式

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の  所在地・名称 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　（　　　　） |
| 代表者の  住所・氏名 | ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　 所  氏名  電話　　　　　（　　　　） |
| 団体の構成 | 構成員数　　　　　　　　　　　　　　　　　指導者数  名うち　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| 団体の主な  活動目的 |  |
| 年間の活動予定 定例的な会議、行事、催し、活動等の具体的内容とその時の  指導者や参加者の大体の人数を記入して下さい。 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 過去１年の活動実績 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

【記入上の注意事項】

構成員数及び指導者数は、４月１日現在のものを記入して下さい。