（様式１）

**※事故発生後、この通報書の内容について、担当窓口までお知らせください。**

**（電話・ＦＡＸ可）**

令和　　年　　月　　日

**市民活動事故発生通報書**

通報者氏名

連絡先（電話等）

　　　　　　　　 ※傷害事故負傷者または賠償者との関係

（ 本人 ・ 団体代表者 ・ その他（　　　　　　） ）

|  |  |
| --- | --- |
| **事　故　区　分** | * **傷害事故**□**賠償責任事故**
 |
| **事故内容** | 活 動 団 体 | 団体名 |  |
| 代表者名 | 役職　　　　　　　　氏名 |
| 連絡先 |  |
| 活動内容 |  |
| （活動の性格）　□　委嘱、請負等　　　　　　　□　自発的な活動（報酬等の有無）　□　有　(　　　　　　　円)　 □　無 |
| 事故発生日時 | 令和　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　午前 ・ 午後　 　　　時 |
| 事故発生場所 |  |
| 事故の状況 |  |
| **傷害事故** | 負傷者 | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 傷害内容 | 傷病名 |  |
| 医療機関 | 名　　称 |  |
| 　□入院　　　　□通院 |
| **賠償責任事故** | 賠償者（当方） | 氏 　 名 |  |
| 連 絡 先 |  |
| 身体賠償 | 相手方 | 氏　　名 |  |
| 連 絡 先 |  |
| 傷害内容 |  |
| 医療機関 | 名称 | 　□入院　　　　□通院 |
| 財物・保管物賠償 | 所有者 | 氏　　名 |  |
| 連絡先 |  |
| 物件名称 |  |
| 損壊程度 |  | 損害見込額 | 円 |
| **市記載** | 受付年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　）　　　　　時 |
| 受付窓口（課・室） | 　　　　　　　　　　 電話 ・ ＦＡＸ　　　担当 |

**「市民活動事故報告書」の提出について**

　　事故の発生について、むつ市の窓口に通報をした後、「市民活動事故報告書」を提出してください。提出に際しては次の事項を確認してください。

**（１）添付資料が必要です。**

①　市民活動中の事故であり、むつ市市民活動保険制度の適用となるかについて審査を

行いますので、以下の書類の添付をお願いいたします。

　　　　ア　団体規約・定款等

イ　当該年度の事業計画書

ウ　前年度の事業報告書

エ　団体員名簿

オ　当該活動（行事）の計画書

　　　　カ　当該活動（行事）の参加者名簿

　　　　キ　その他市民活動中の事故であることを証明する資料

②　対物賠償事故の場合は現場写真（２～３枚）を添付してください。

③　往復途上の場合は、経路図や経過を記載または添付してください。

④　賠償事故の場合で、他の損害保険に加入している場合は保険証券の写しを添付して

ください。

**（２）提出期限**

事故発生日を含め３０日以内に提出してください。（提出が遅れた場合、保険制度が適用されない場合がありますのでご注意ください。）

**（３）その他**

　①　損害賠償事故において当事者間で示談を行う場合は、必ず事前に市へ相談してください。（相談なく示談された場合は、保険制度が適用されないことがあります。）

②　記入された個人情報は保険会社へ提供し確認を行います。その結果、保険制度が適用されない場合がありますので御了承ください。

③　ご報告いただいた事故が本制度の対象となった場合、保険金請求の際、通院した病院の診察券や治療費の領収書（明細書）などが必要となりますので、大切に保管しておいてください。

＜提出先＞

　　　　　 **むつ市市民連携課　　電話　０１７５－２２－１１１１**

　　　　　　　　　　　　　　　　〒035－8686

　　　　　　むつ市中央一丁目８番１号

※ご不明な点がございましたら、上記までご連絡くださるようお願いいたします。

|  |
| --- |
| 受付番号 |

（様式２）

令和　　年　　月　　日

む つ 市 長 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者団体名

収受印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告者住所

報告者氏名

 ※傷害事故負傷者または賠償者との関係

（ 本人 ・ 団体代表者 ・ その他（　　　　　）)

今後の連絡先（　　　）－（　　　）－（　　　　）

**市民活動事故報告書**

　市民活動における事故について、むつ市市民活動保険制度の適用を受けたいため、次のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| **事　故　区　分** | **□　傷害事故　　　　　　□　賠償事故** |
| **事　　故　　内　　容** | 活動団体 | 名称 |  |
| (ふりがな)代表者名 | 　　 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| 事故発生日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　午前　・　午後　　　時　　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 活動名 |  | 活動内容 |  |
| (活動の性格) | □委嘱、請負等　□自発的な活動 |
| (報酬等の有無) | □有（　　　　　　円）　□無 |
| 事故目撃者 | (ふりがな)氏名 |  |
| 住所 | 〒連絡先（　　　　）－（　　　　）－（　　　　） |
| 事故状況（できるだけ詳しく記載してください。別紙の添付可） |  | （事故現場の見取図） |
| **傷　　害　　事　　故** | 負　 傷 　者 | (ふりがな)氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（年齢　　　歳） |
| 住所 | 〒日中連絡先（　　　）－（　　　）－（　　　　）【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】 |
| 法定代理人 | (ふりがな)氏　　 名 |  | 負傷者との関係 | 〔父/ 母/ その他（　　　　　　）〕 |
| 住　　所 | 〒日中連絡先（　　　）－（　　）－（　　　　）【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】 |
| 傷害内容 | 傷病名 |  |  | [ 骨折 / 脱臼 / 打撲 / 捻挫 切傷 / その他(　　　 ) ] |
| 傷害の部 位 | 1　頭部　2　顔面　3　頸部　4　胸部　5　腹部　6　腰部　 7　上肢( 　 ) 8 下肢( 　 ) | 手術の有 ・ 無 | ギプス装着の有 ・ 無 |
| 医療機関 | 名　　称 |  | 担当医師 |  |
| 住　　所 | 〒連絡先（　　　 ）－（　 　　）－（　　　　） |
| 治療見込 | □入　院　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　（　　　　日間）□通　院　　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　（うち　　日間） |
| **賠　　　　償　　　　責　　　　任　　　　事　　　　故** | 賠　償　者（当　　方） | (ふりがな)氏　　名 | 　　（年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒日中連絡先（ 　　　）－（　 　　）－（　　　　）【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】 |
| 身体賠償 | 相手方 | (ふりがな)氏　　名 | （年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒日中連絡先（ 　　　）－（　 　　）－（　　　　）【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】 |
| 傷害内容 | 傷病名 |  | 部　　位 |  |
| 症状・程度 |  | (手術の有無) | □ 有　 □ 無 |
| 医療機関 | 名　　称 |  | 担当医師 |  |
| 住　　所 | 〒連絡先（　　 　）－（　　　 ）－（　　　　） |
| 休　業　期　間 | 令和　　年　　月　　日（　）～令和　　年　　月　　日（　）（ 日間） |
| 財物・保管物賠償 | 所有者 | (ふりがな)氏　　名 | （年齢　　　歳） |
| 住　　所 | 〒日中連絡先（　 　　）－（　 　　）－（　　　　）【 自宅 / 勤務先 / 携帯 】 |
| 物　件　名　称 |  |
| 損　壊　程　度 |  | 損　　害(見込)額 | 円 |
| (□ 見込み　□確定) |
| 修理業者 | 名 称 |  | 担　当　者 |  |
| 住 所 | 〒連絡先（　 　　）－（　 　　）－（　　　　） |
| 他の損害保険の有無 | 無　・　有　（有の場合は他の損害保険証券の写しを貼付） |
| **添　付　資　料** | ●市民活動団体による市民活動中の事故であることを証明するため次の資料を添付します。（添付するものに○）ア　団体規約・定款等イ　当該年度の事業計画書ウ　前年度の事業報告書エ　団体員名簿オ　当該活動（行事）の計画書カ　当該活動（行事）の参加者名簿キ　その他※具体的に資料名を記載（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 第一次審査結果通知書の送付先 | **送付先に○をしてください。**・負傷者・賠償者本人　　・法定代理人・市民活動団体代表者　　・事故報告者 |
| 保険金請求書等の送付先 | **送付先に○をしてください。**・負傷者・賠償者本人　　・法定代理人・市民活動団体代表者　　・被害者（賠償事故の場合） |
| ● 活動場所までの往復途上の事故の場合は、活動場所までの経路図及び経過を記載● 対物賠償事故の場合は現場写真を２～３枚貼付● 賠償事故の場合で、他の損害保険に加入している場合は保険証券の写しを貼付**（記載しきれない場合は別紙を添付してください。）** |

|  |
| --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　**むつ市記載欄** |
| 窓口受付日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 | 証券番号　　　　　　　　　　　 |
| 担当部署 | 　　　　　担当者 |
| 市民活動保険担当　市民連携課 | ニューインディア保険事故連絡先TEL：FAX： |
| 受理日　　　年　　　月　　　日　　担当者 |

令和　　年　　月　　日

ニューインディア保険会社　岩国営業所長　様

むつ市長　葛西　憲之　　　　　印

上記の事故については、当該事故報告書等により、市民活動中であることを確認したので、

その旨お知らせいたします。