事 故 報 告 書

（NO.　　）

事故種別	1．傷害事故　　2．賠償事故		
事故日	令和　　年　　月　　日　AM PM　　時　　分頃	届出先（ある場合）	
事故場所	福岡　都 道 府(県)　　市 区 郡　　区 町 村　　(施設名)		
被災者（賠償の場合は加害者）	（〒　　－　　） 住所		
	被災者氏名（ふりがな）	年齢　　才　（男・女）	生年月日　　年　　月　　日
	保護者氏名（ふりがな）	電話　　（　　）	

事故状況	賠償事故の場合、 被害者氏名・被害者住所・連絡先・被害財物等もご記入ください。	事故状況図・現場見取図 ※町民活動に参加するための往路・復路中の場合は、活動場所と自宅との経路と事故場所が分かるように記入ください。
傷害の程度 損害の状況	傷病名　切傷・打撲・骨折・脱臼・捻挫・やけど・その他 （　　）	
治療期間（分かる範囲でご記入ください。）		
	入院　・通院　・医療機関での治療なし　（該当するものに〇）	
	（入院または通院開始日）　　/　　～　約　　週・日　見込み	
医療機関	（医療機関名）	
	（担当医師）	
	（電話）	
事故発生時にとった実施団体の措置		

上記の事故について、遠賀町コミュニティ活動補償制度の適用を受けたいので報告します。

令和　　年　　月　　日

遠賀町町長　あて
（住民課地域協働係あて）

町民団体名

団体代表者名　　印

住　所

電　話

住民課回覧			課長