

# 【傷 害】事 故 報 告 書

豊橋市長 様

提出日 令和 年 月 日

提出者 \_\_\_\_\_

提出者電話 ( ) \_\_\_\_\_

下記事故について豊橋市市民活動総合補償制度に従い事故報告を致します。

|                             |                                      |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| 被害者氏名（フリガナ）・・・ケガなどをされた方     | 性別 男 女                               |
|                             | 年齢 才                                 |
| 被害者住所 〒 -                   | 電話 ( ) -                             |
| 事故日時<br>令和 年 月 日 午前 午後 時 分頃 |                                      |
| 事故の発生場所                     |                                      |
| 事故状況（事故原因、受傷程度等）            | 病院・診療所名<br><br>電話 ( ) -<br>入院の有無 有 無 |
| 市民団体名                       |                                      |
| 市民活動の種類（または行事の名称）           |                                      |
| 市民活動の代表者（役職名と氏名をご記入ください）    |                                      |

## ※市役所確認欄

|                 |                  |
|-----------------|------------------|
| 主管課受付日<br>年 月 日 | 担当者名<br>市民協働推進課長 |
| 補償制度の適用<br>可 否  | 判定委員会（結果 → 可 否）  |

NO