

※書類は、団体の代表者をご記入ください。  
 ※事故が発生した場所の写真や、活動に関連する資料があれば添付してください。

(様式第1号)

令和 年 月 日

熊本市ボランティア活動事故報告書兼事故証明書

記入日

熊本市長 様

[団体名] 熊本よかよかボランティアの会

[所在地] 〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 Tel 096-328-2036

[代表者] 役職名 会長 氏名 熊本 太郎

代表者の個人印を押してください

印

|                  |                                                     |                        |                     |  |
|------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|--|
| 事故の種類            | いずれか該当する項目に○をつけてください<br>1 損害賠償責任保険(対人・対物)<br>2 傷害事故 |                        | } いずれかを○で囲んでください    |  |
| 負傷者<br>又は<br>加害者 | 住所                                                  | 〒860-0806 熊本市中央区花畑町〇-〇 |                     |  |
|                  | 氏名                                                  | 花畑 あい子                 | S50年5月5日生 (35歳) 男・女 |  |
|                  | 電話                                                  | (096) 328 - 2111       |                     |  |
| ※<br>法 定<br>代理人  | 住所                                                  | 〒                      |                     |  |
|                  | 氏名                                                  | 年 月 日生 ( 歳) 男・女        |                     |  |
|                  | 電話                                                  | ( ) -                  |                     |  |
| 事故発生日時           | 令和〇年 4月 10日 (午前 午後) 7時 30分                          |                        |                     |  |
| 事故発生場所           | 熊本市中央区大江5丁目1-1                                      |                        |                     |  |
| 事故発生時の<br>活動内容   | 早朝の清掃ボランティア活動                                       |                        |                     |  |
| 指導者等             | 住所                                                  | 熊本市中央区手取本町〇-〇          |                     |  |
|                  | 氏名                                                  | 花畑 太郎                  |                     |  |
| ①<br>損害賠償責任      | 対人(身体)賠償                                            |                        |                     |  |
|                  | 被害者                                                 | 住所                     |                     |  |
|                  |                                                     | 氏名                     | 年 月 日生 ( 歳) 男・女     |  |
|                  |                                                     | 電話                     | ( )                 |  |
|                  | 傷病程度<br>傷病名等                                        | 傷害事故の際は記入不要            |                     |  |
|                  | 入院期間                                                | 日 年                    | 治療済                 |  |
|                  | 通院期間                                                | 日 年                    | 完治見込( 月 日)          |  |
| 医療機関             | 所在地                                                 | Tel ( ) -              |                     |  |
|                  | 名称                                                  |                        |                     |  |

負傷した方の住所・氏名・電話番号をご記入ください

負傷者が未成年の場合は記入

活動時の代表者の住所・氏名をご記入ください

記入例(裏面)

| 対物(財物)賠償                |                                                                                        |                   |                                   |                    |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------|
| ①<br>損害賠償責任             | 破損物                                                                                    | 名称                | [Redacted]                        |                    |
|                         | 所有者                                                                                    | 住所                |                                   | [Redacted]         |
|                         |                                                                                        | 氏名                |                                   |                    |
|                         | 破損程度                                                                                   | [Redacted]        |                                   |                    |
| ②<br>傷害事故               | 傷病程度<br>傷病名等                                                                           | 右足捻挫              |                                   |                    |
|                         | 入院期間                                                                                   | 令和 年 月 日 ~ 年 月 日  | 治療中 ・ 治療済                         |                    |
|                         | 通院期間                                                                                   | 令和〇年4月10日 ~ 年 月 日 | 治療見込(5月10日)                       |                    |
|                         | 医療機関                                                                                   | 所在地               | 熊本市〇区〇〇町1-1                       | Tel (096) 328-1234 |
| 名称                      |                                                                                        | 熊本〇〇病院            |                                   |                    |
| ①<br>又は<br>②<br>の事故発生状況 | 状況図                                                                                    |                   | 医師の診断を受けている必要がありませんので、整骨院のみは不可です。 |                    |
|                         | <p>朝の清掃ボランティア活動中、自転車を避けようとして石につまずき、転んだ。その際、右足を怪我したものを。</p> <p>事故発生時の状況を詳しくご記入ください。</p> |                   | 簡単な事故発生場所の地図をご記入ください。             |                    |
| 届出警察                    |                                                                                        | 届出無し              |                                   |                    |

◎ 備考

① ※印の欄は、負傷者が未成年の場合に記入してください。

① ※印の欄は、負傷者が未成年の場合に記入してください。  
 ② 団体の会則(規約・定款)、事故発生場所の見取図、写真及び活動プログラム(チラシ等)、昨年度の活動報告書及び今年度の事業計画書等を添付してください。

◎チェック欄(個人情報の取り扱いに関する事項)

■熊本市及び保険会社が、熊本市ボランティア活動保険の申請に関する個人情報を、摘要の判断、損害賠償額算定の判断、保険金支払・保険引受の判断のために、保険医療機関、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供をすること、又は提供を受けること、その他業務上必要とする範囲で取得、利用、提供することに同意します。

見取図は、既存の地図をコピーしたものでかまいません。(手書きも可)

代表者のチェックをお願いします。  
 以下保険会社記入欄です。