

※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（破損箇所の写真は必須です）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)

令和〇年 4月 12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

代表者の個人印を押してください

[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

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 <input checked="" type="radio"/> 1 損害賠償責任保険 (対人・ <input checked="" type="radio"/> 対物) } いずれかを○で囲んでください <input type="radio"/> 2 傷害事故		
負傷者 又は 加害者	住所	〒860-0806 熊本市中央区花畑町〇-〇	
	氏名	花畑 一郎 S29年 9月10日生 53 (歳) <input checked="" type="radio"/> 男・女	
	電話	(096) 328 - 2111	
※ 法 定 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 ( <input checked="" type="radio"/> 午前 午後) 10時00分		
事故発生場所	熊本市中央区花畑町〇-〇		
事故発生時の 活動内容	ボランティアで近所の草刈作業中		
指導者等	住所	熊本市中央区手取本町1番1号	
	氏名	熊本 太郎	
① 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 傷病名等	対物の際は記入不要	
	入院期間	令和 年 月 日	治療中 ・ 治療済
	通院期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日	完治見込 ( 月 日 )
医療機関	所在地	TEL ( ) -	
	名 称		

破損した方の住所・氏名・電話番号をご記入ください

未成年の場合に記入

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 損害賠償責任	破損物	名称	自動車のフロントガラス
	所有者	住所	熊本市〇区〇町1-2-3
		氏名	大江 〇〇子
破損程度	フロントガラス全損		
② 傷害事故	傷病程度 傷病名等	損害賠償責任保険の際は記入不要	
	入院期間	令和 年	治療中 ・ 治療済
	通院期間	令和 年	治療見込 (月 日)
	医療機関	所在地	TEL ( ) -
		名称	
①又は②の事故発生状況	<p>草刈り中に、草刈機がはねた小石が、駐車してあった車のフロントガラスに当たり、ガラスが割れてしまったもの。</p>		<p>状況図</p> <p>詳細は、別紙ゼンリン地図コピー参照</p>
	<p>事故発生時の状況を詳しくご記入ください。破損した物の写真を必ず撮影してください。</p>		<p>簡単な事故現場付近の地図をご記入ください。(ゼンリン地図等のコピーでも可)</p>
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。

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。

代表者のチェックをお願いします。