

(様式6) 一般財団法人 女性労働協会 行 (メール: sonpo@jaaww.or.jp FAX: 03-3456-4420)

2026年度「ファミリー・サポート・センター補償保険(介護)」事故報告書(賠償責任保険用)

記入日: 年 月 日

センター名・団体名

TEL

フリガナ  
記入者氏名

FAX

E-mail

下記のとおり事故報告いたします。

サービス提供会員の 氏名・年齢	フリガナ 氏名:	性別: 男・女 ( 歳)
介護サービス提供中の 要介護者の氏名・年齢	フリガナ 氏名:	性別: 男・女 ( 歳)
事故の発生日時・場所	日時: 年 月 日 午後・午前 時 分頃 場所:	
事故の概要		
相手方	フリガナ 氏名:	性別: 男・女
	年齢: 歳	
	住所: 〒	
	TEL:	
	入院・通院の別 (該当する状況にチェック)	<input type="checkbox"/> 入院 ・ <input type="checkbox"/> 通院
上記の事故は、当ファミリー・サポート・センターが調整した介護サービス提供中に生じた事故であることを証明します。		
センター所在地 〒		
センター名		
代表者氏名		印

※この様式を複写してご記入のうえ、ご報告ください。

事務局使用欄

受付NO.	
加入NO.	