

## 2026年度「地域子育て支援補償保険」事故報告書 (傷害保険用)

記入日: 年 月 日

加入団体名

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。

事故が発生した事業 (該当する事業に✓)	<input type="checkbox"/> ファミリー・サポート・センター事業 <input type="checkbox"/> 乳児家庭全戸訪問事業 <input type="checkbox"/> 養育支援訪問事業 <input type="checkbox"/> 子育て短期支援事業 <input type="checkbox"/> 一時預かり事業 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等日常生活支援事業 <input type="checkbox"/> 子育て世帯訪問支援事業
事故にあわれた方の 氏名・住所・生年月日	<input type="checkbox"/> 依頼子供 <input type="checkbox"/> サービス提供会員 フリガナ 氏名: 性別: 男・女 住所: 生年月日: ( 歳)
事故の発生日時・場所	日時: 年 月 日 午後・午前 時 分頃 場所:
事故の原因及び状況	
入院・通院状況 (該当する状況に✓)	<input type="checkbox"/> 入院 日 ・ <input type="checkbox"/> 通院 日 ・ <input type="checkbox"/> 通院中
傷害の部位及び状態	
診断を受けた病院等 の名称・所在地など	名称: 所在地: TEL:
上記の事故は、対象となる事業の保育サービス提供中に生じた事故であることを証明します。 加入団体所在地 〒 加入団体名 代表者氏名 印	

※この様式を複製してご記入のうえ、ご報告ください。

事務局使用欄

受付NO.	
加入NO.	