

第1号様式(第13条関係)

厚木市災害救援ボランティア活動登録届

年 月 日

(あて先) 厚木市長

団体名又は氏 名

(団体のみ)

所在地又は住 所

電 話 ( )

次のとおり届け出ます。

|                                               |               |             |      |                                                                             |     |
|-----------------------------------------------|---------------|-------------|------|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| 活動場所                                          |               |             |      |                                                                             |     |
| 活動内容                                          |               |             |      |                                                                             |     |
| 活動期間                                          | 年 月 日 ～ 年 月 日 |             |      |                                                                             |     |
| 構成員数<br>(団体の場合)                               | 人 (うち未成年者 人)  |             |      |                                                                             |     |
| 厚木市災害救援ボランティア活動補償制度実施要綱<br>第13条による制度の適用(保険加入) |               |             |      | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br>(該当する方の口にレ) |     |
| 登録者状況 (未成年者の場合備考欄に親権者の氏名・連絡先等を明記してください。)      |               |             |      |                                                                             |     |
| NO.                                           | 住 所           | ふりがな<br>氏 名 | 生年月日 | 連絡先<br>(緊急の場合)                                                              | 備 考 |
| 1                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 2                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 3                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 4                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 5                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 6                                             |               |             |      |                                                                             |     |
| 7                                             |               |             |      |                                                                             |     |

|    | 住 所 | ふ り が な<br>氏 名 | 生年月日 | 連絡先<br>(緊急の場合) | 備 考 |
|----|-----|----------------|------|----------------|-----|
| 8  |     |                |      |                |     |
| 9  |     |                |      |                |     |
| 10 |     |                |      |                |     |
| 11 |     |                |      |                |     |
| 12 |     |                |      |                |     |
| 13 |     |                |      |                |     |
| 14 |     |                |      |                |     |
| 15 |     |                |      |                |     |
| 16 |     |                |      |                |     |
| 17 |     |                |      |                |     |
| 18 |     |                |      |                |     |
| 19 |     |                |      |                |     |
| 20 |     |                |      |                |     |
| 21 |     |                |      |                |     |
| 22 |     |                |      |                |     |
| 23 |     |                |      |                |     |
| 24 |     |                |      |                |     |
| 25 |     |                |      |                |     |
| 26 |     |                |      |                |     |
| 27 |     |                |      |                |     |
| 28 |     |                |      |                |     |
| 29 |     |                |      |                |     |
| 30 |     |                |      |                |     |

第2号様式(第14条関係)

厚木市災害救援ボランティア活動補償制度事故報告書

年 月 日

(あて先) 厚 木 市 長

氏 名(活動者)  
団体名(団体のみ)  
住 所  
電 話 ( )

厚木市災害救援ボランティア活動補償制度実施要綱第14条第1項の規定に基づき報告します。

| 事故種別                         |                        | <input type="checkbox"/> 傷害事故 | <input type="checkbox"/> 損害賠償事故 |
|------------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| 活動者                          | 住所                     | 生年月日                          | 年 月 日( 歳)                       |
|                              |                        | 電 話                           | ( )                             |
|                              |                        | 性 別                           | 男 ・ 女                           |
| 親権者<br>(活動者が未成年者の<br>場合)     | 住所                     | 生年月日                          | 年 月 日( 歳)                       |
|                              |                        | 電 話                           | ( )                             |
|                              |                        | 性 別                           | 男 ・ 女                           |
| 事故発生日時                       | 年 月 日( )               | 午前                            | 時 分頃                            |
|                              |                        | 午後                            |                                 |
| 事故発生場所                       | 所在地等                   | 施設名等                          |                                 |
| 事故発生時の活動<br>内容               |                        |                               |                                 |
| 事故発生状況<br>(詳細に記入してくださ<br>い。) |                        |                               |                                 |
|                              |                        |                               |                                 |
|                              |                        |                               |                                 |
|                              |                        |                               |                                 |
|                              |                        |                               |                                 |
|                              |                        |                               |                                 |
| 傷<br>害<br>事<br>故             | 傷 害 の 部 位<br>及 び 傷 病 名 |                               |                                 |
|                              | 治 療 期 間                | 入院                            | 年 月 日～ 年 月 日(延 日)見込・確定          |
|                              |                        | 通院                            | 年 月 日～ 年 月 日(延 日)見込・確定          |
|                              | 医 療 機 関                | 医療機関名<br>所在地<br>電話 ( )        |                                 |

※ 損害賠償事故は裏面に御記入ください。

|                   |                                                     |      |       |                 |      |
|-------------------|-----------------------------------------------------|------|-------|-----------------|------|
| 損 害 賠 償 責 任 事 故   |                                                     |      |       |                 |      |
| 事故の相手方            | 住所                                                  |      |       | 年 月 日 生<br>( 歳) |      |
|                   | ふりがな                                                |      |       | 電話 ( )          |      |
|                   | 氏名                                                  |      |       |                 |      |
|                   |                                                     |      |       | 性別 男 ・ 女        |      |
| 警察への届出            | <input type="checkbox"/> な し                        |      |       |                 |      |
|                   | <input type="checkbox"/> あ り<br>〔警察署名 〕〔届出日 年 月 日 〕 |      |       |                 |      |
| 損害賠償を担保する他の損害保険契約 | 会社名                                                 | 証券番号 | 種目・特約 | 限度額             | 免責金額 |
|                   |                                                     |      |       |                 |      |
|                   |                                                     |      |       |                 |      |
|                   |                                                     |      |       |                 |      |
| ○ 他人の財物に損害を与えた場合  |                                                     |      |       |                 |      |
| 財物名               | 購入時期 年 月 頃                                          |      |       |                 |      |
| 損害額               | 円 ( 見込み ・ 確定 )                                      |      |       |                 |      |
| 修理先               | 住所                                                  |      |       |                 |      |
|                   | 名称 電話 ( )                                           |      |       |                 |      |
| ○ 他人の身体に傷害を与えた場合  |                                                     |      |       |                 |      |
| 受傷部位              |                                                     |      |       |                 |      |
| 治療期間              | 入 院 年 月 日 ～ 年 月 日 (延べ 日間)                           |      |       |                 |      |
|                   | 通 院 年 月 日 ～ 年 月 日 (延べ 日間)                           |      |       |                 |      |
| 症 状               |                                                     |      |       |                 |      |
| 医療機関              | 医療機関名                                               |      |       |                 |      |
|                   | 所 在 地 電話 ( )                                        |      |       |                 |      |

第3号様式(第14条関係)

厚木市災害救援ボランティア活動補償制度事故証明書

年 月 日

御中

厚木市長

年 月 日に報告があった次の者の事故については、災害救援ボランティア活動中の事故と認め、証明いたします。

|                        |                                                               |      |
|------------------------|---------------------------------------------------------------|------|
| 事故の種類                  | <input type="checkbox"/> 傷害事故 <input type="checkbox"/> 損害賠償事故 |      |
| 活動者<br>(負傷者)           | 団体名(団体の構成員の場合)                                                | 代表者名 |
|                        | 住 所 〒                      電話 (     )                         |      |
|                        | 生年月日      年    月    日(    歳)      性別    男    ・    女           |      |
| 親権者<br>(活動者が未成年者の場合のみ) | 住 所 〒                      電話 (     )                         |      |
|                        | 生年月日      年    月    日(    歳)      性別    男    ・    女           |      |
| 事故発生日時                 | 年      月      日(     ) 午前・午後      時      分頃                   |      |
| 添付書類                   | 1 厚木市災害救援ボランティア活動事故報告書(写し)                                    |      |
| 備 考                    |                                                               |      |