

事故等発生報告書

平成 年 月 日

美濃加茂市長 伊藤 誠一 宛
(健康福祉部高齢福祉課)

施設（団体名）： _____

所在地： _____

施設長（代表者）名： _____

事故等の種別	施設内の事故 ・ 外出中の事故 ・ 送迎バス等の交通事故 ・ 事件									
発生日時	年		月		日		午前 ・ 午後		時 分	
発生場所										
被保険者の住所地（どちらかに○）	当市被保険者					他市町村被保険者				
対象者氏名										
被保険者番号 (当市被保険者の場合)	1	1	0	0	0					
生 年 月 日	明治・大正・昭和		年		月		日		歳	
事故等の内容										
	② ①のうち治療中の者	人	月 日 説明済み ・ 予定							
③ ①のうち医療機関に入院している者	人									
これまでの状況報告										
今後の対象者への 対応予定及び 再発防止策										
利用者の状況（いずれかに○）	骨 折 ・ 負 傷（やけど・誤えん・異食・誤薬 を含む） ・ 死 亡									
事故当時の職員の勤務状況										
報告者	氏 名						電話番号			
県事務所福祉課への報告 (どちらかに○)	報告済 ・ 地域密着型サービス事業所のため不要									

※提出先 美濃加茂市役所健康福祉部高齢福祉課 e-mail kourei@city.minokamo.lg.jp