

事故等発生報告書

年 月 日

美濃加茂市長 宛
(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					