

「損害賠償責任事故」又は「傷害事故」について記入してください。

損害賠償責任事故				
身体事故の被害者 又は 財物事故の所有者	住所			
	氏名（フリガナ）		年齢 （身体事故の場合のみ）	歳
	連絡先			
身体 事故	身体の障害の内容			
	治療見込み期間			
	治療病院名		電話	- -
財物 事故	損壊物名称		損壊の程度	
	修理業者	電話： - -	損害見込額	

傷害事故	
傷病名	
傷病程度	入院（ 年 月 日 ～ 退院見込 年 月 日頃） 外科手術（ 有 ・ 無 ） 通院（ 年 月 日 ～ 治癒見込 年 月 日頃） ※治癒が終了されている場合：通院合計日数（計 日） ※治癒継続中の場合：現在の通院頻度（ 月 / 週 日位 ）
医療機関名	電話： - -
	電話： - -

◆チェック欄（個人情報の取扱いに関する事項）

ご確認の上、□にチェックをしてください。

□	堺市及び保険会社が、堺市自治会活動保険の申請に関する個人情報を、適用の判断、損害賠償額算定の判断、保険金支払・保険引受の判断のために、医療機関、保険金請求・支払いに関する関係先、事故に関する関係先等に提供をすること、又は提供を受けること、その他業務上必要とする範囲で取得、利用、提供することに同意します。
---	--

※ 事故発生日を含め30日以内に提出してください。

※ 損害賠償事故において当事者間で示談を行う場合は、必ず事前に市へ相談してください。