

## 「市民活動事故報告書」の提出について

事故の発生について、新潟市の窓口に通報をした後、「市民活動事故報告書」を提出してください。提出に際しては次の事項を確認してください。

### (1) 添付資料が必要です。

- ① 「市民活動事故報告書」には次のいずれかの書類の添付が必要です。
  - ア 当該年度若しくは当該活動（行事）の事業計画書又は案内チラシ
  - イ 市主催等による個人ボランティア活動であることが確認できる資料
  - ウ その他市民活動中の事故であることを証明する資料

※アについては、地域コミュニティ協議会、自治会・町内会その他の地域団体による活動の場合に限ります。

イについては、新潟市の主催、共催、依頼による活動の場合に限ります。

- ② 往復途上の事故の場合は、経路図や経過を記載または添付してください。また、あらかじめその行動が予定されていたこと又は当該保険の対象となる市民活動に従事したことの証明が必要となります。

### (2) その他

- ① 事故発生日を含め30日以内を目安に提出してください。
- ② 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。  
(相談なく示談された場合は、保険制度が適用されないことがあります。)
- ③ 記入された個人情報情報は保険会社へ提供し確認を行います。その結果、保険制度が適用されない場合がありますのでご了承ください。
- ④ 保険金請求の際、通院した病院の診察券や治療費の領収書（明細書）などが必要となりますので、大切に保管しておいてください。

<提出先>

◆**地域コミュニティ協議会、自治会・町内会、その他の地域団体の活動での事故の場合は、各区役所の地域課、地域総務課にご連絡ください。**

#### 【各区地域課】

北区	TEL (025-387-1165)	〒950-3393	新潟市北区東栄町1丁目1番14号
東区	TEL (025-250-2120)	〒950-8709	新潟市東区下木戸1丁目4番1号
中央区	TEL (025-223-7025)	〒951-8550	新潟市中央区西堀通6番町866番地
江南区	TEL (025-382-4624)	〒950-0195	新潟市江南区泉町3丁目4番5号
秋葉区	TEL (0250-25-5670)	〒956-8601	新潟市秋葉区程島2009番地
南区	TEL (025-372-6605)	〒950-1292	新潟市南区白根1235番地
西区	TEL (025-264-7172)	〒950-2097	新潟市西区寺尾東3丁目14番41号
西蒲区	TEL (0256-72-8156)	〒953-8666	新潟市西蒲区巻甲2690番地1

◆**新潟市の主催、共催、依頼による事業での事故の場合は担当課にご連絡ください。**

◇制度のご案内 新潟市市民生活部市民協働課

住所：〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1 / TEL：025-226-1102 / FAX：025-228-2230

Eメール：[shiminkyodo@city.niigata.lg.jp/](mailto:shiminkyodo@city.niigata.lg.jp/)

報告者住所

報告者氏名

※賠償事故加害者又は傷害事故負傷者との関係  
(本人・親権者・相続人・その他( ))  
今後の連絡先 ( ) - ( ) - ( )

市民活動中に事故が発生しましたので、次のとおり報告します。

事 故 区 分		<input type="checkbox"/> 傷害事故		<input type="checkbox"/> 賠償責任事故		
事 故 内 容	負 傷 者 又は 加 害 者	(ふりがな) 氏 名			生年月日 年 月 日生	
		住 所	〒 連絡先 (       ) - (       ) - (       )			
		法 定 代 理 人	(ふりがな) 氏 名	[父・母・その他 (       )]		
			住 所	〒 連絡先 (       ) - (       ) - (       )		
	活 動 団 体	名 称				
		(ふりがな) 代表者名				
		住 所	〒			
	事故発生日時		年 月 日 (   ) 午前 ・ 午後 時 分頃			
	事故発生場所					
	活 動 名 又は 活 動 内 容					
事 故 状 況 (できるだけ詳しく記載してください。別紙の添付可)		(事故現場の見取図)				

傷 害 事 故	傷 害 内 容	傷 病 名			部 位		
		症状・程度					
	医 療 機 関	名 称			担当医師		
		住 所		〒 連絡先 (      ) - (      ) - (      )			
	治 療 見 込	<input type="checkbox"/> 入院      年    月    日    ～      年    月    日    (      日間) <input type="checkbox"/> 通院      年    月    日    ～      年    月    日    (うち    日間)					
賠 償 責 任 事 故	身体賠償事故	被 害 者	(ふりが な) 氏 名				
			住 所	〒 連絡先 (      ) - (      ) - (      )			
		傷 害 内 容	傷 病 名		部 位		
			症状・程度				
		医 療 機 関	名 称		担当医師		
			住 所	〒 連絡先 (      ) - (      ) - (      )			
	休 業 期 間		年    月    日 (    ) ～      年    月    日 (    日間)				
	財物賠償事故	所 有 者	(ふりがな) 氏 名				
			住 所	〒 連絡先 (      ) - (      ) - (      )			
		物 件 名 称					
		損 壊 程 度			損害見込額		円
		修 理 業 者	名 称		担 当 者		
			住 所	〒 連絡先 (      ) - (      ) - (      )			
	他の損害保険の有無			無 ・ 有 (有の場合は他の損害保険証券の写しを貼付)			
	添 付 資 料	●市民活動団体による市民活動中の事故であることを証明するため次の資料を添付します。 (添付するものに○)  ア 当該年度若しくは当該活動（行事）の事業計画書又は案内チラシ  イ 市主催等による個人ボランティア活動であることが確認できる資料 (具体的に資料名を記載      )  ウ その他市民活動中の事故であることを証明する資料 (具体的に資料名を記載      )					

