

市町村受付印

広域連合受付印

第三者行為保険事故等届出書					
被保険者	氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所			電話番号	
	証番号			要介護状態区分	
	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日	事故の日時	年 月 日 時 分頃	
	事故の場所				
	事故の原因				
加害者	氏名			生年月日	年 月 日
	住所			電話番号	
	事業所名			代表者名	
	事業所住所			電話番号	
介護サービスの利用状況	サービスの種類	事業所名		サービス利用開始年月日	
	住宅改修				
	福祉用具購入	品名			
摘要					

- 注 意 事 項**
- 1 本人が事故等により直接届出をできない場合は、代理人が記入し提出してください。
  - 2 後日の調査のため、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。
  - 3 記入事項で、届出日現在で不明のものは、空欄で提出し、未記入事項については後日連絡してください。
  - 4 住宅改修、福祉用具購入の場合、サービス利用開始年月日には支払年月日を記入してください。

上記のとおり届出します。

年 月 日

市町村・広域連合記入欄

受付	届出内容確認	
	市町村	広域連合
担当者印	・	・

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

本人との関係( )