*本様式をコピーしてご使用ください。*

年　　　月　　 日

共立株式会社　業務開発部　宛

（ＦＡＸ：０３－３５４８－０６０４）

**ファミリーホーム賠償責任保険 事故通知書**

≪事故に関するご連絡先≫

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | |
| 連絡先 | ＴＥＬ. － － | ＦＡＸ. － － |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご加入の内容 | ホーム名 | フリガナ |
|  |
| ホーム所在地 | フリガナ |
|  |
| 必ずチェック☑を  入れて下さい。 | | □事故日時点で、日本ファミリーホーム協議会の会員である。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事故の内容 | 事故日 | 年　　　　月　　　　日（　　　 時　　　分頃） | |
| 事故の種類  ※該当の事故にチェック | ファミリーホーム（養育者・補助者）が原因の事故□  委託児童が原因の賠償事故□ その他の事故□ | |
| 委託児童の  氏名・生年月日 | ［氏名：　　　　　　　 　 ］　［　　　　年　　月　　日生　　　歳］ | |
| 事故場所 | [住所： ]  ファミリーホーム内□ 学校などの管理下□ その他外出中□ | |
| 事故状況 |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| 相手の方 | 氏名 | （フリガナ） | |
| 住所 |  | |
| 連絡先 | ＴＥＬ. － － | ＦＡＸ. － － |
| 損害の内容 | ケガの内容（傷病名） |  | |
| 治療状況 | ■通院(見込)[　　　日間]　　　■入院(見込)[　　　日間] | |
| 後遺障害のおそれ | 有□ 無□ | |
| 病院名・連絡先 | [ＴＥＬ　　　　　－　　　　　　－　　　　　] | |
| 損害物 |  | |
| 損害物の状況 | 損害の程度をご記入ください。 | |
| その他 | 他の保険などの  ご契約状況 | 他の損害保険契約・・・ご契約している□ ご契約していない□  【保険会社名[　　　　　　　 　　]　賠償責任保険□　その他の保険□】  【保険会社名[　　　　　　　 　　]　賠償責任保険□　その他の保険□】 | |
| 連絡事項など |  | |
| 保険会社使用欄 | | 年　　月　　日 | |