|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 氏　　名 | | 大・昭　　　年　　　月　　　日生　　　（　男　・　女　） | | | | | | 被保険者番号 | |
| 住　　所 | | 電話番号　　　　（　　　　） | | | | | |  | |
| 要介護認定区分 | | 新規申請中　要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５ | | | | | | | |
| 事故状況 | 発生日時 | | 年　　　月　　　日　午前・午後　　　時　　　分頃 | | | | | | | |
| 発生場所 | |  | | | | | | | |
| 別紙事故発生状況報告書のとおり | | | | | | | | | |
| 第三者（加害者）関係 | 加害者 | 住　所 |  | | | | | 電　話 |  | |
| 氏　名 |  | | | | | 職　業 |  | |
| 使　用　者 | 所在地 |  | | 所　有　者 | 住　所 | |  | | |
| 名　称 |  | | 氏　名 | |  | | |
| 代表者名 |  | | 電　話 | |  | | |
| 自賠責保険 | | 保険会社名 |  | 任意対人保険 | | | 保険会社名 |  | |
| 証明書番号 |  | 証券番号 |  | |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | | | | | | | | | | |
| 介護サービス利用状況 | サービスの種類 | | | 事業所名 | | | 利用開始年月日 | | | 一部負担金支払状況 |
|  | | |  | | | 年 　月 　日 | | |  |
|  | | |  | | | 年 　月 日 | | |  |
|  | | |  | | | 年 　月 日 | | |  |
|  | | |  | | | 年 　月 日 | | |  |
|  | | |  | | | 年 　月 日 | | |  |

　上記のとおり届け出します。

　　年　　月　　日

届出人　　住　所

氏　名　 　　 ㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者との続柄：　　　　　　　　）

岩手県盛岡市長　様