

事 故 報 告 書

年 月 日

草 加 市 長 あて

事業者所在地

事 業 者 名

代 表 者 名

責 任 者

印

次のとおり、事故が発生しましたので報告します。

記

利 用 者	フリガナ				被保険者番号								
	氏 名												
	性 別		年 齢	歳	要介護度		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5						
事故発生日時	年 月 日 時 頃												
事故発生場所													
事 故 の 種 別													
事 故 の 概 要	①概要												
	②事故の原因												
	③事業者の対応												
再 発 防 止 策													

※ 事故の状況に応じて、事故内容等がわかる資料を添付すること。
また、上記欄に記入できない場合は別紙に記入すること。