

(宛先)山鹿市長

山鹿市行政協力員（区長）届出書兼承諾書

下記のとおり、令和 年度 山鹿市行政協力員（区長）として届け出ます。

令和 年 月 日

推薦者氏名（署名）

【行政区名： 】【

住 所	
ふりがな	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
職 業	
電話番号	

令和 年度山鹿市行政協力員として、行政協力業務を行うことを承諾し、下記事項について同意します。

令和 年 月 日

山鹿市行政協力員（区長）（署名）

（個人情報の提供について）

この届出書により収集した個人情報を次の場合に提供することがあります。

- 1．山鹿市役所各部署において、業務上必要とするとき
- 2．国及び県などの行政機関が、業務上必要とするとき
- 3．公共性を有する機関が、業務上必要とするとき
- 4．転入・転居者への自治会加入促進のため提供するとき
- 5．市民、事業者等から、自治会等への加入や地区内の相談、ごみステーションの利用等について問い合わせがあったとき
- 6．地域での建設、開発、電気・水道等の工事で、立ち合いや事前説明など近隣対応のため、事業者が情報提供を求めたとき
- 7．その他公益上の目的で使用するとき

口座振込依頼書

(宛先) 山鹿市長

令和 年 月 日

住 所

氏 名

電 話

山鹿市行政協力に関する業務委託に係る委託料について、下記の口座への振り込みを依頼します。

振込用口座

《ゆうちょ銀行以外の金融機関》

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所			
	預金種別 普通 ・ 当座 ・ 貯蓄 その他 ()	口座番号				
口座名義 (カ ナ)						

《ゆうちょ銀行》

ゆうちょ銀行	記号					番号				
口座名義 (カ ナ)										

注意 1 : 本人名義の口座をご指定ください。

注意 2 : 該当するものに を記入してください。

(宛先) 山鹿市長

行政区域内世帯数等報告書

令和 年 月 日

地区 町・区

氏名

行政区域内の世帯数等について、下記のとおり報告します。

記

1. 管理世帯数	戸	令和 年 4 月 1 日現在の管理世帯数 (自治会未加入世帯を含む地区内全世帯が対象)
2. 広報誌等配布数	部	広報やまがの配布は世帯を対象にしています。事業所等にも配布する場合はそれを含んだ配布数を記入してください。
3. 組数	組	回覧板等のグループ数です。 (報告日現在の組数を記入してください。)
4. ポスター枚数	枚	区に掲示板が数箇所設置してあり、ポスターを掲示される場合、必要枚数を記入してください。 掲示板に掲示しない場合は、1枚と記入してください。
(通信欄)		

(記入にあたっての注意事項)

行政協力員業務委託料は、この報告書による年度当初の管理世帯数を基礎として支払います。事業所等に配布されても、委託料の算出基礎の対象にはなりません。
組数・配布数等に変更がある場合は、ただちに市役所地域生活課又は各市民センターへ連絡してください。

(宛先) 山鹿市長

報告者住所 _____
 報告者氏名 _____ 印

賠償事故加害者または傷害事故負傷者との関係
 (本人・親権者・相続人・その他)
 連絡先() - () - ()

市民活動(賠償・傷害)事故発生報告書

市民活動中に事故が発生しましたので、山鹿市市民活動総合補償制度要綱第8条の規定により、報告します。
 なお、災害補償制度適用の可否に関し、報告書記載の個人情報をもとに第3条に規定する損害保険会社に提供することに同意します。

賠償事故	加害者	氏名	男・女 年齢 歳		
		住所	連絡先() - () - ()		
	団体名				
被害者	氏名	男・女 年齢 歳			
	住所	連絡先() - () - ()			
傷害事故	氏名	男・女 年齢 歳			
	住所	連絡先() - () - ()			
	団体名				
活動名		活動内容			
事故発生日		発生場所			
疾病名		治療見込 期 間	入院見込 通院見込	日間 日間	
病院名		医師名			
病院住所	連絡先() - () - ()				
事故発生 状 況	できるかぎり詳しく記載してください。				
主催者または目撃者の 事故証明	氏名	印			
	住所	連絡先() - () - ()			
事務局 記載欄					

《 記 入 例 》

様式第 1 号（第 8 条関係）

令和 年 月 日

（宛先）山鹿市長

報告者は、区長さんで
お願いします。

報告者住所 山鹿市山鹿 番地

報告者氏名 山 鹿 三 郎 印

賠償事故加害者または傷害事故負傷者との関係
（本人・親権者・相続人・その他）
連絡先（0968） - （ ） - （ ）

市民活動（賠償・傷害）事故発生報告書

市民活動中に事故が発生しましたので、山鹿市市民活動総合補償制度要綱第 8 条の規定により、報告します。
なお、災害補償制度適用の可否に関し、報告書記載の個人情報をもとに第 3 条に規定する損害保険会社に提供することに同意します。

賠償事故	加害者	氏名	男・女 年齢 歳		
		住所	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 傷害事故の場合記入 不要です。 </div>		
	団体名	連絡先（ ） - （ ） - （ ）			
被害者	氏名	男・女 年齢 歳			
	住所	連絡先（ ） - （ ） - （ ）			
傷害事故	氏名	山 鹿 太 郎	男・女 年齢 歳		
	住所	山鹿市山鹿 番地	連絡先（0968） - （ ） - （ ）		
	団体名	区			
活動名	清掃活動	活動内容	地区春季清掃活動		
事故発生日	令和 年 月 日	発生場所	地区内		
疾病名	右足首骨折	治療見込 期 間	入院見込	日間	通院見込
病院名	〇〇病院	医師名	〇〇 〇〇		
病院住所	山鹿市〇〇番地		連絡先（ ） - （ ） - （ ）		
事故発生 状 況	できるかぎり詳しく記載してください。 区の清掃活動で、公園の草刈りをしていたところ、段差に躓いて転倒し、右足首を骨折したもの。				
主催者また は目撃者の 事故証明	氏名	主催者（区長）又は目撃者で記載すること 〇〇 〇〇			
	住所	山鹿市山鹿 番地	連絡先（0968） - （ ） - （ ）		
事務局 記 載 欄	地域生活課記載の為、記入不要				

山鹿市民活動総合補償制度保険金請求書

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 御中

下記事故について、山鹿市民活動総合補償制度に従い、山鹿市が支給する災害補償金について貴社指示の必要書類添付の上、保険金を請求します。保険金は添付の「山鹿市民活動総合補償制度災害補償金等請求書」に記載されている口座へお支払いください。保険金が支給対象者に振込まれる場合は災害補償金等の支給は口座への振込をもって終了したものとします。

ご請求日 年 月 日	証券番号	保険会社受付印
保険金請求者（自治体名）		山 鹿 市

山鹿市民活動総合補償制度災害補償金等請求書（兼医療照会同意書・個人情報の扱いに関する同意書）

山鹿市 御中

下記事故について山鹿市民活動総合補償制度に従い、災害補償金を請求いたします。災害補償金等は下記支払指図の通りお支払いください。災害補償金は口座への振込みをもって受領したものと認めます。

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社またはあいおいニッセイ同和損害保険株式会社が指名するものが医療機関等関係者に対し被災者の検査、治療に関する照会を行い回答を得ることに同意します。

災害補償金請求にあたりあいおいニッセイ同和損害保険株式会社の個人情報取り扱いについて同意します。

【利用目的】保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報(医療、戸籍、所得等の情報を含みます)は、保険金事故の調査(関係先への照会を含みます)、保険金のお支払い、統計資料の作成等のために利用いたします。

【第三者提供】主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供しません。

・法令に基く場合 ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合 ・再保険会社への契約および事故の提供をする場合

【情報交換制度】保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳細については、弊社ホームページ(<http://www.aioinissaydowa.co.jp/>)をご覧ください。

* 添付書類として「領収書」もしくは「診察券」を同封ください。(コピー可)

* 裏面の「治療内容」もご記入下さい。

* 災害補償金のご請求の額が10万円を超える場合・入院のうえ手術を受けられた場合・その他、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社がお願いする場合に「診断書」をご提出ください。

事	災害補償金請求者…被災者が未成年者等の場合は親権者となります。 フリガナ	被災者とのご関係 印 <input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 親権者 <input type="radio"/> 相続人 (<input type="radio"/> その他)
	災害補償金請求者住所(フリガナ) 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	通常ご連絡が取れる電話 お電話 () 携 帯 ()
故	被災者…ケガなどをされた方 フリガナ	生年月日 年 月 日(才)
内	事故日 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	事故発生場所	
容	事故状況(事故原因、状況、受傷程度等) <input type="radio"/> 傷害事故 <input type="radio"/> その他の事故	市民活動の内容
	目撃者がいる場合 上記事故について相違ありません。	(フリガナ) 氏 名 印

災 害 補 償 金 等 支 払 指 図	(フリガナ)		
	銀 行	信用金庫	本 店
	農 協	信用組合	支 店
	口座種類	1.普通(総合) 2.貯蓄 3.当座	店番号
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義		

正確にご記入ください。
ご記入に誤りがありま
すとご入金がおくれる
ことがあります。

当社は、保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するために、損害保険会社等との間で、個人データを共同利用します。

詳細につきましては(社)日本損害保険協会のホームページ (<http://www.sonpo.or.jp>)をご覧ください。

お問い合わせ先 社団法人 日本損害保険協会 そんがいはげん相談室

郵便番号 101-8335 所在地 東京都千代田区淡路町2-9 電話番号: 03-3255-1306

1752 H17.3 20,000(KNT)

治療内容

傷病名																																																																																																																																																																																																														
受傷部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 腕	<input type="checkbox"/> 手	<input type="checkbox"/> 脚	<input type="checkbox"/> 足	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																																																																																																																																							
受傷形態	<input type="checkbox"/> 打撲	<input type="checkbox"/> 捻挫	<input type="checkbox"/> 切り傷	<input type="checkbox"/> すり傷	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> やけど	<input type="checkbox"/> その他 ()																																																																																																																																																																																																							
手術	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	手術日	年	月	日	内容																																																																																																																																																																																																								
使用固定具	<input type="checkbox"/> ギブス	使用期間	年	月	日	～	年	月	日																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> シーネ	使用期間	年	月	日	～	年	月	日																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> ポリネック	使用期間	年	月	日	～	年	月	日																																																																																																																																																																																																					
	<input type="checkbox"/> その他 ()	使用期間	年	月	日	～	年	月	日																																																																																																																																																																																																					
入院治療	自	年	月	日	()			日間)			実際に通院して治療を受けた日に次の通り表示してください。 病院 1ヶ所の時 病院 2ヶ所の時																																																																																																																																																																																																			
	至	年	月	日										計																																																																																																																																																																																																
通院治療	自	年	月	日	(延			日間)			通院治療日																																																																																																																																																																																																			
	至	年	月	日	(うち実際に通院して治療した日数			日)						計																																																																																																																																																																																																
年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止																																																																																																																																																																																																														
病院名:	ご自身でご記入ください。 (病院からの証明は不要です。)																																																																																																																																																																																																													
所在地:																																																																																																																																																																																																														
診察券番号:																																																																																																																																																																																																														
病院の電話:	()																																																																																																																																																																																																													
担当者	<input type="checkbox"/> 外科・ <input type="checkbox"/> 整形外科																																																																																																																																																																																																													
医師名	先生 () 科																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td>例</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>2</td> <td>③</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6</td> <td>⑦</td> <td>⑧</td> <td>⑨</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td>(xx)月</td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>/</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()月</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>/</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()月</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>/</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()月</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>/</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>()月</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>/</td> <td>計</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11</td> <td>12</td> <td>13</td> <td>14</td> <td>15</td> <td>16</td> <td>17</td> <td>18</td> <td>19</td> <td>20</td> <td>/</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>21</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>29</td> <td>30</td> <td>31</td> <td></td> </tr> </table>												例	<input type="checkbox"/>	2	③	4	<input type="checkbox"/>	6	⑦	⑧	⑨	10	/	計	(xx)月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日		21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
例	<input type="checkbox"/>	2	③	4	<input type="checkbox"/>	6	⑦	⑧	⑨	10	/	計																																																																																																																																																																																																		
(xx)月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日																																																																																																																																																																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計																																																																																																																																																																																																		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日																																																																																																																																																																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計																																																																																																																																																																																																		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日																																																																																																																																																																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計																																																																																																																																																																																																		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日																																																																																																																																																																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																			
()月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	/	計																																																																																																																																																																																																		
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	/	日																																																																																																																																																																																																		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																			

ご通院された病院が2ヶ所の場合。保険金請求書... 1枚ご提出

ご通院された病院が3ヶ所以上の場合。保険金請求書... 2枚ご提出をお願いします。

山鹿市民活動総合補償制度保険金請求書

記載例

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 御中

下記事故について、山鹿市民活動総合補償制度に従い、山鹿市が支給する災害補償金について貴社指示の必要書類添付の上、保険金を請求します。保険金は添付の「山鹿市民活動総合補償制度災害補償金等請求書」に記載されている口座へお支払いください。保険金が支給対象者に振込まれる場合は災害補償金等の支給は口座への振込をもって終了したものとします。

ご請求日 年 月 日	証券番号	保険会社受付印
保険金請求者（自治体名）		
山 鹿 市		

山鹿市民活動総合補償制度災害補償金等請求書（兼医療照会同意書・個人情報の扱いに関する同意書）

山鹿市 御中

下記事故について山鹿市民活動総合補償制度に従い、災害補償金を請求いたします。災害補償金等は下記支払指図の通りお支払いください。災害補償金は口座への振込みをもって受領したものと認めます。

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社またはあいおいニッセイ同和損害保険株式会社が指名するものが医療機関等関係者に対し被災者の検査、治療に関する照会を行い回答を得ることに同意します。

災害補償金請求にあたりニューインディア保険の個人情報取り扱いについて同意します。

【利用目的】保険金のご請求時に弊社が取得する個人情報(医療、戸籍、所得等の情報を含みます)は、保険金事故の調査(関係先への照会を含みます)、保険金のお支払い、統計資料の作成等のために利用いたします。

【第三者提供】主に以下の場合を除き、ご本人の同意なく第三者に個人データを提供しません。

・法令に基く場合 ・人の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、ご本人の同意を得ることが困難であるとき ・保険業務の遂行上必要な範囲で、保険代理店を含む委託先に提供する場合 ・再保険会社への契約および事故の提供をする場合

【情報交換制度】保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するため、他の損害保険会社等との間で個人データを共同利用することがあります。詳細については、弊社ホームページ(<http://www.newindia.co.jp/>)をご覧ください。

* 添付書類として「領収書」もしくは「診察券」を同封ください。(コピー可)

* 裏面の「治療内容」もご記入下さい。

* 災害補償金のご請求の額が10万円を超える場合・入院のうえ手術を受けられた場合・その他、あいおいニッセイ同和損害保険株式会社がお願いする場合に「診断書」をご提出ください。

事	災害補償金請求者…被災者が未成年者等の場合は親権者となります。 フリガナ ヤマガ タロウ 山鹿 太郎 (印)	被災者とのご関係 本人 親権者 相続人 () その他 ()
	災害補償金請求者住所(フリガナ) ヤマガシ マチ バンチ コーポヤマガ ゴウ 〒□□□-□□□□ 山鹿市 町 番地 コーポ山鹿 号	通常ご連絡が取れる電話 お電話 () 携 帯 ()
故	被災者…ケガなどをされた方 フリガナ ヤマガ タロウ 山鹿 太郎	生年月日 年 月 日 (才)
	事故日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
内	事故発生場所 山鹿市 町区ごみ収集場所	
	事故状況(事故原因、状況、受傷程度等) 傷害事故 其他の事故	市民活動の内容
	資源ごみの分別作業中に、階段を踏み外し転倒して右足首を骨折したもの	資源ごみ分別収集活動
容	目撃者がいる場合 上記事故について相違ありません。	(フリガナ) クマモト ハナコ 氏 名 熊本 花子 (印)

災 害 補 償 金 等 支 払 指 図	(フリガナ)							
	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 信用組合							
	口座種類	1.普通(総合) 2.貯蓄 3.当座		店番号	0	1	2	
	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	(フリガナ) ヤマガ タロウ							
口座名義 山鹿 太郎								

正確にご記入ください。
ご記入に誤りがありま
すとご入金がおくれる
ことがあります。

当社は、保険制度の健全な運営を確保するため、また、不正な保険金請求を防止するために、損害保険会社等との間で、個人データを共同利用します。

詳細につきましては(社)日本損害保険協会のホームページ(<http://www.sonpo.or.jp>)をご覧ください。

お問い合わせ先 社団法人 日本損害保険協会 そんがいほけん相談室

郵便番号 101-8335 所在地 東京都千代田区淡路町2-9 電話番号: 03-3255-1306

1752 H17.3 20,000(KNT)

治療内容

傷病名	右足首骨折															
受傷部位	頭部	顔面	腕	手	脚	足	その他 ()									
受傷形態	打撲	捻挫	切り傷	すり傷	骨折	やけど	その他 ()									
手術	有・無	手術日	年	月	日	内容										
使用固定具	ギプス	使用期間	年	月	日	～	年	月	日							
	シーネ	使用期間	年	月	日	～	年	月	日							
	ポリネック	使用期間	年	月	日	～	年	月	日							
	その他 ()	使用期間	年	月	日	～	年	月	日							
入院治療	自 平成	年	月	日	() 日間											
	至 平成	年	月	日												
通院治療	自 平成	年	月	日	(延) 日間											
	至 平成	年	月	日	(うち実際に通院して治療した日数) 日											
平成	年	月	日	治癒	治療継続中	転医	中止									
病院名	外科医院		ご自身でご記入ください。 (病院からの証明は不要です。)													
所在地	山鹿市 町 番地															
診察券番号	診察券の代わりに、領収書(1日ずつ)のコピーを添付してください。															
病院の電話	0968 (12) 3456															
担当者	外科・整形外科															
医師名	先生 (外) 科															
					実際に通院して治療を受けた日に次の通り表示してください。 病院 1ヶ所の時 病院 2ヶ所の時											
例					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	計	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
(4) 月					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
(5) 月					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
() 月					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
() 月					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日
() 月					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	計	
					11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	日	
					21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	日

ご通院された病院が2ヶ所の場合。保険金請求書... 1枚ご提出
 ご通院された病院が3ヶ所以上の場合。保険金請求書... 2枚ご提出をお願いします。

報告者氏名：

市民活動総合補償制度対象活動確認シート 事故発生報告書と一緒に提出ください	
必ずご一読ください	
<p>市民活動総合補償制度は、コミュニティ活動やボランティア活動の普及促進のため、活動中の万一の事故に備え、活動団体の経済的な負担が重くならないよう、市が一定水準の補償を行うものです。</p> <p>活動中に第三者の身体や財物に損害を与えた場合などは、主催者である団体が責任を負うことになり、市がその責任を当事者に代わって負うものではありません。</p> <p>また、この補償制度は、かかった費用の全てを補償するものではありませんのでご注意ください。</p>	
A ・ B どちらかに○をつけてください	
	<p>傷害・賠償事故の原因となった活動の主催、もしくは、活動に参加することを決定した団体の人数は？</p>
	<p>A :5人以上 <input type="checkbox"/> へ</p> <p>B :5人未満 <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です</p>
	<p>その団体の主たる所在地または主たる活動場所はどこですか？</p>
	<p>A :山鹿市内 <input type="checkbox"/> へ</p> <p>B :山鹿市外 <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です</p>
	<p>傷害・賠償事故の原因となった活動は、本来の職場を離れ、自由意志のもとで行われた公益的な活動ですか？</p> <p>対象活動の詳細は市民活動総合保障制度のチラシを参照</p> <p>地権者や水利組合等の活動及び多面的事業や受託している活動など、利害関係者等で行う活動は対象外です</p>
	<p>A :はい <input type="checkbox"/> へ</p> <p>B :いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です</p>
	<p>傷害・賠償事故の原因となった活動は、次の(ア)～(エ)のいずれにも該当しませんか？</p> <p>(ア) 政治、宗教、営利を目的とする活動</p> <p>(イ) 趣味の活動</p> <p>(ウ) 学校管理下での活動</p> <p>(エ) 職務として従事している活動</p>
	<p>A :該当しない <input type="checkbox"/> へ</p> <p>B :該当する <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です</p>
	<p>傷害・賠償事故の原因となった活動は無報酬の活動ですか？</p> <p>(ただし、実費弁済2000円以内は補償対象となります)</p>
	<p>A :はい <input type="checkbox"/> へ</p> <p>B :いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です</p>
	<p>傷害・賠償事故の原因となった活動は、危険度の高い活動ではありませんか？</p> <p>【危険度の高い活動の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ けんか祭り等の祭礼 ・ 山岳・海難救助ボランティア活動、災害救助ボランティア活動等の緊急時での活動 ・ 銃器を使用する害獣駆除ボランティア ・ 山岳登山(特殊技術を要するもの)等のスポーツ
	<p>A :危険度の高い活動ではない <input type="checkbox"/> 保険対象です(裏面のチェックシートを確認してください)</p> <p>B :危険度の高い活動である <input checked="" type="checkbox"/> 保険対象外です(記入終了です)</p>

市民活動総合補償制度対象活動確認シート	
A ・ B ・ C いずれかに○をつけてください	
事故が発生したのは市民活動のいつの時点ですか？	A :市民活動の準備中(練習中) B :自宅から市民活動場所までの生き帰り へ C :市民活動中 へ
その準備(練習)は活動・行事の実施要領や年間事業計画等に記載されているなど、主催者が活動日や内容等を把握できるような状態でありましたか？	A :はい へ B :いいえ ×保険対象外です
自宅から市民活動場所までの生き帰りの途中で、私用の立ち寄りがありましたか？	A :私用の立ち寄りはしていない へ B :私用の立ち寄りをした ×保険対象外です
けがをした人又は事故を起こした人はその活動の参加者であることが明確ですか？	A :はい へ B :いいえ ×保険対象外です
けがをした人又は事故を起こした人はその活動でどのような役割をされていましたか？	A :指導者・スタッフ・一般活動員 へ B :観覧者や応援者 ×保険対象外です (ただし、活動が直接起因してけがをした場合は、対象となる場合もあります)
傷害事故ですか、賠償事故ですか？	A :傷害事故 へ B :賠償事故 へ
今回のけがは、急激かつ偶然な外来の事故によるものですか？	A :はい ○保険対象です B :いいえ ×保険対象外です
財物賠償の場合、自損事故ではありませんか？	A :はい ○保険対象です B :いいえ ×保険対象外です
事務局備考欄：	

年 月 日

(あて先) 山鹿市長 様

地縁による団体の名称及び主たる
事務所の所在地

名 称

所在地

代表者の氏名及び住所

氏 名

住 所

告 示 事 項 変 更 届 出 書

下記事項について変更があったので、地方自治法第260条の2第11項の規定により、告示された事項に変更があった旨を証する書類を添えて届け出ます。

記

1 変更があった事項及びその内容

(1) 変更事項

(2) 内容

2 変更の年月日

年 月 日

3 変更の理由

【 記 載 例 】

年 月 日

(あて先) 山鹿市長 様

地縁による団体の名称及び主たる
事務所の所在地

名 称 山鹿 自治会

所在地 熊本県山鹿市山鹿 番地

代表者の氏名及び住所

氏 名 鹿 北 次 郎

住 所 山鹿市山鹿 番地

新代表者の氏名、住所
をご記入ください。

氏名欄は自署または
記名押印です。

告 示 事 項 変 更 届 出 書

下記事項について変更があったので、地方自治法第260条の2第11項の規定により、告示された事項に変更があった旨を証する書類を添えて届け出ます。

記

1 変更があった事項及びその内容

(1) 変更事項

代表者の氏名及び住所

代表者の氏名及び住所
の変更の場合

(2) 内容

新代表者の氏名 鹿 北 次 郎

住所 山鹿市山鹿 番地

旧代表者の氏名 山 鹿 一 郎

住所 山鹿市山鹿 番地

地縁団体台帳、認可告示が
「熊本県」から表記の場合
は、台帳等に合わせてくださ
い。

2 変更の年月日

年 月 日

3 変更の理由

任期満了に伴い改選を行った結果、代表者が交代したため。

総 会 議 事 録

年 月 日 時 分より、山鹿市.....の
.....において総会を開催した。

会員総数	名	世帯総数	世帯
出席会員数	名	(出席会員数には委任状を含む)	

上記のとおり出席があったので.....が通常総会を開催する旨を宣し、議長には満場一致で.....を選任し、次のとおり議事を進めた。

議長は、議事録署名人に.....、.....を選任し、諮ったところ、満場一致で承認されたので、直ちに議事に入る。

第1号議案 会長の改選及び代表者の承認について

議長は、任期満了に伴う新会長の選出について諮ったところ、新会長に.....を選出すること、及び地方自治法260条の2第2項に定める「地縁による団体」の代表者として選任することにつて、承認を求めたところ、全員異議なくこれを可決し、承認した。

議事の経過の要領及びその結果を明確にするため議事録を作り、議長及び議事録署名人がこれに署名する。

年 月 日

区会 通常総会

議 長

議事録署名人

議事録署名人

【 記 載 例 】

総 会 議 事 録

令和 2 年 3 月 22 日 午後 7 時 30 分より、山鹿市山鹿 番地 の
公民館 において総会を開催した。

会員総数	172名	世帯総数	52世帯
出席会員数	147名	(出席会員数には委任状を含む)	

上記のとおり出席があったので、山鹿 一郎 が通常総会を開催する旨を宣し、議長には満場一致で、菊鹿 太郎 を選任し、次のとおり議事を進めた。

議長は、議事録署名人に、鹿本 花子、鹿央 三郎 を選任し、諮ったところ、満場一致で承認されたので、直ちに議事に入る。

第1号議案 会長の改選及び代表者の承認について

議長は、任期満了に伴う新会長の選出について諮ったところ、新会長に、鹿北 次郎 を選出すること、及び地方自治法 260 条の 2 第 2 項に定める「地縁による団体」の代表者として選任することにつて、承認を求めたところ、全員異議なくこれを可決し、承認した。

議事の経過の要領及びその結果を明確にするため議事録を作り、議長及び議事録署名人がこれに署名する。

令和 2 年 3 月 25 日

山鹿自治会 通常総会

議 長	菊 鹿 太 郎
議事録署名人	鹿 本 花 子
議事録署名人	鹿 央 三 郎

氏名欄は自署または
記名押印です。

記載例

就 任 承 諾 書

私は、 年 月 日開催の 山鹿 自治会通常 総会において会長
(代表者) に選任されましたので、その就任を承諾します。

年 月 日

新代表者の氏名、住所
をご記入ください。

氏名は自署または記
名押印です。

住 所 山鹿市 山鹿 番地

氏 名 鹿 北 次 郎

山鹿 自治会 並びに総会議長 様