

**東京都社会福祉協議会団体用 事故報告用紙 (介護事業者用)**

事故が発生した場合は、本紙を使用して速やかに事故内容のご連絡をお願いします。

\* 事故のご連絡の際は、必ず加入者証も併せて F A X ください。

<b>法人・事業者名</b>		<b>加入者番号</b>	
<b>サービス NO.</b> * 加入者証に記載のある該当 NO. を右記より選択○してください。	①居宅介護支援 ②訪問介護・夜間対応型訪問介護 ③訪問入浴介護 ④訪問リハビリテーション ⑤通所介護・認知症対応型通所介護(入浴あり) ⑥通所介護・認知症対応型通所介護(入浴なし) ⑦通所リハビリテーション ⑧短期入所生活介護 ⑨短期入所生活介護(⑤⑦同時加入の場合) ⑩小規模多機能型居宅介護 ⑪短期入所療養介護 ⑫認知症対応型共同介護 ⑬看護小規模多機能型居宅介護 ⑭特定施設入居者生活介護 ⑮地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑯福祉用具貸与 ⑰福祉用具発売 ⑱住宅改修 ⑲指定介護老人福祉施設 ⑳施設サービス計画作成 ㉑地域未着型介護老人福祉施設 ㉒施設サービス計画作成 ㉓介護老人保健施設・無料定額介護老人保健施設 ㉔指定介護療養型医療施設 ㉕訪問介護 ㉖その他		
<b>事業所所在住所</b>			
<b>お電話番号</b>	( )	ご担当者様	( )
<b>事故日</b>	(西暦)	年	月 日 時 分
<b>事故発生住所</b>			
<b>加害者氏名</b>	様 (男・女) ( ) 歳		
<b>被害者の要介護度</b>	要介護 1	要介護 2	要介護 3 要介護 4 要介護 5 要支援 1 要支援 2 非該当 その他
<b>被害者の認知症の程度</b>	認知症なし	軽度認知症	中度認知症 重度認知症 その他

**人身事故の場合記入ください。**

<b>事故発生場所</b>	①居室 ②食堂 ③廊下 ④ロビー ⑤浴室 ⑥屋外 ⑦送迎中 ⑧その他( )
<b>事故形態</b>	①転倒 ②転落 ③誤嚥 ④疾病 感染症 ⑤その他( )
<b>事故原因</b>	①他者の加害行為 ②つまずき ③すべり ④不適切な支援 ⑤その他( )
<b>ケガの内容</b>	①骨折 ②打撲 ③すり傷 ④やけど ⑤窒息 ⑥死亡 ⑦その他( )
<b>事故時の状況</b>	①介助中 ②単独で歩行中 ③単独で車いす ④レクリエーション中 ⑤リハビリ中 ⑥その他
<b>詳しい事故状況</b>	被害者の方がサービス利用者の場合、身体状態をご記入ください。(例：全介助、自立歩行可、杖使用、車椅子利用 等)

**物損事故の場合記入ください。**

<b>事故形態</b>	①破損 ②紛失 ③盗難 ④その他( )
<b>事故発生場所</b>	①訪問介護先(利用者のご自宅) ②施設内 ③送迎中 ④その他( )
<b>事故時の状況</b>	①介助中 ②食事中 ③清掃中 ④洗濯中 ⑤その他( )
<b>詳しい事故状況</b>	

**人身・物損問わず記入ください。**

<b>被害者氏名</b>	(フリガナ) 様 (男・女) ( ) 歳
<b>被害者の立場</b>	①利用者 ②職員 ③家族 ④その他( )
<b>詳しい被害内容</b>	人身事故の場合は、ケガの程度、治療日数見込み等をご記入ください。 物損事故の場合は、その物の購入金額、購入時期、メーカー、購入先をご記入ください。
<b>事業者様のご見解</b>	発生事故に関し施設側の賠償責任有無について事業者様のお考えをご記入ください。

[ご照会・ご相談先]

東京海上日動火災保険(株)

本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室  
東社協担当 (平日午前 9 時から午後 5 時まで)

**03-3515-7503**

東京都社会福祉協議会団体用 事故報告用紙 (障害者総合支援法等対応版)

事故が発生した場合は、本紙を使用して速やかに事故報告先(下記FAX番号)にFAXいただきますようお願いいたします。  
 なお、事故報告の際は、必ず加入者証を添付ください。事故内容を確認のうえ、弊社担当者からご連絡をさせていただきます。

法人・施設名			加入者番号	
サービス NO. *加入者証に記載のある該当 NO. を右記より選択○してください。	①施設入所支援 ②共同生活援助(介護サービス包括型) ③共同生活援助(外部サービス利用型) ④療養介護 ⑤生活介護 ⑥自立訓練(機能訓練) ⑦自立訓練(生活訓練) ⑧宿泊型自立訓練 ⑨就労移行支援 ⑩就労継続支援 A 型 ⑪就労継続支援 B 型 ⑫地域活動支援センターⅠ型 ⑬地域活動支援センターⅡ型 ⑭地域活動支援センターⅢ型 ⑮福祉ホーム ⑯日中一時支援事業 ⑰居宅介護、重度訪問介護、行動援護、移動支援事業、意思疎通支援事業、同行援護 ⑱重度障害者等包括支援 ⑲一般相談支援事業、特定相談支援事業 ⑳法外事業 ㉑その他			
ご住所	〒			
お電話番号 FAX番号	( )	( )	ご担当者氏名	
事故日	(西暦)	年	月	日 時 分
事故発生場所(住所)				
加害者氏名	様 (男・女) 歳			
事故状況 *事故の詳細内容をご記載ください。				
賠償責任の有無についての施設側(被保険者)の見解				
被害者氏名 (お怪我をされた方の氏名)	(フリガナ)	様 (男・女) 歳		
被害内容 (怪我の程度、治療日数見込み等)				

\*被害が財物損害の場合、その財物の購入金額、購入時期、メーカー、購入先等をご教示ください。  
 \*傷害事故の場合には、事故報告用紙にケガをされた方の氏名をご記入ください。

【ご照会・ご相談先】

東京海上日動火災保険(株)

本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室  
 東社協担当 (平日午前9時から午後5時まで)

03-3515-7503

**東京都社会福祉協議会団体用 事故報告用紙 (その他措置・経費等)**

事故が発生した場合は、本紙を使用して**速やかに事故報告先**(下記FAX番号)にFAXいただきますようお願いいたします。  
 なお、事故報告の際は、**必ず加入者証を添付**ください。事故内容を確認のうえ、弊社担当者からご連絡をさせていただきます。

法人・施設名			加入者番号	
サービス NO. *加入者証に記載のある該当 NO. を右記より選択○してください。	①婦人保護施設 ②救護施設 ③更生施設 ④宿泊所・宿所提供施設 ⑤養護老人ホーム ⑥軽費老人ホーム(A型) ⑦軽費老人ホーム(B型) ⑧軽費老人ホーム(ケアハウス型) ⑨都市型軽費老人ホーム ⑩盲人ホーム ⑪福祉センター(高齢者・身体障害者)・老人憩いの家 ⑫授産場・社会事業授産 ⑬認定生活困窮者就労訓練事業 ⑭その他			
ご住所	〒			
お電話番号 FAX番号	( ) ( )	ご担当者氏名		
事故日	(西暦)	年	月	日 時 分 秒
事故発生場所(住所)				
加害者氏名	様 (男・女) 歳			
事故状況 *事故の詳細内容をご記載ください。				
賠償責任の有無についての施設側(被保険者)の見解				
被害者氏名 (お怪我をされた方の氏名)	(フリガナ)	様 (男・女) 歳		
被害内容 (怪我の程度、治療日数見込み等)				

- \* 被害が財物損害の場合、その財物の購入金額、購入時期、メーカー、購入先等をご教示ください。
- \* 傷害事故の場合には、事故報告用紙にケガをされた方の氏名をご記入ください。

【ご照会・ご相談先】

東京海上日動火災保険(株)

本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室  
 東社協担当 (平日午前9時から午後5時まで)

**03-3515-7503**

東京都社会福祉協議会団体用 事故報告用紙 (児童施設用)

事故が発生した場合は、本紙を使用して速やかに事故報告先(下記FAX番号)にFAXいただきますようお願いいたします。  
 なお、事故報告の際は、必ず加入者証を添付ください。事故内容を確認のうえ、弊社担当者からご連絡をさせていただきます。

法人・施設名			加入者番号	
サービス NO. *加入者証に記載のある該当 NO. を右記より選択○してください。	①児童養護施設 ②児童自立支援施設 ③児童養護グループ、小規模住居型児童養育事業 ④福祉型障害児入所施設 ⑤医療型障害児入所施設 ⑥児童発達支援 ⑦放課後等デイサービス ⑧自立援助ホーム ⑨乳児院 ⑩保育所等訪問支援 ⑪認可保育所 ⑫幼保連携型認定こども園 ⑬小規模保育事業、家庭的保育事業 ⑭認証保育所 ⑮児童館、学童クラブ等 ⑯母子生活支援施設 ⑰子ども家庭支援センター ⑱特定相談支援、障害児相談支援 ⑲その他			
ご住所	〒			
お電話番号 FAX番号	( )	( )	ご担当者氏名	
事故日	(西暦)	年	月	日 時ころ
事故発生場所(住所)				
加害者氏名	様 (男・女) 歳			
事故状況 *事故の詳細内容をご記載ください。				
賠償責任の有無についての施設側(被保険者)の見解				
被害者氏名 (お怪我をされた方の氏名)	(フリガナ)	様 (男・女) 歳		
被害内容 (怪我の程度、治療日数見込み等)				

\*被害が財物損害の場合、その財物の購入金額、購入時期、メーカー、購入先等をご教示ください。  
 \*傷害事故の場合には、事故報告用紙にケガをされた方の氏名をご記入ください。

[ご照会・ご相談先]

東京海上日動火災保険(株)

本店損害サービス第一部 火災新種損害サービス室  
 東社協担当 (平日午前9時から午後5時まで)

03-3515-7503