

事故等報告書 (第一報)

(災害、その他用)

年 月 日

長野県健康福祉部障がい者支援課長
様
保健福祉事務所福祉課長

当事業所・施設において、下記のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所等	法人名						
	事業所名						
	事業所所在地						
	管理者氏名						
	電話番号			FAX番号			
	報告者職・氏名						
利用者	氏名			年齢	歳	性別	□男 □女
	障害の種類	□身体 □知的 □精神 □その他 ()					
	障害支援区分	□区分6 □区分5 □区分4 □区分3 □区分2 □区分1 □非該当					
	利用サービス種類			支給決定市町村			
事故等の概要	事故等発生日時	年 月 日 ()		□午前 □午後	時	分頃	
	事故等発生場所						
	事故等の種類	□火災 □震災 □風水害 □その他 ()					
	事故等の内容	(事故等発生時の具体的状況、ケガ等の程度について記入してください。)					
	事故等の対応	(事故等発生時の緊急対応状況等の概要について記入してください。)					

※火災、震災、風水害等によるもので、人的被害がない場合は、利用者欄の記入は不要です。