事　実　確　認　書

　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金長野県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　（確認者）　　 住所

　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（当事者（甲）との関係　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当事者 | 甲（相手方） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 乙（被災職員） | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 事故発生日時 | 　年　月　日（　曜日）午前・午後　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 事故発生の状況 |  |