

コミュニティ保険 質問票

受付日：R . .

1 質問者について			
質問者氏名			
質問者所属団体名			
質問者連絡先			
2 活動について			
活動名			
主催			
目的 (例：福祉の向上、青少年育成など)			
継続性 (活動は以前から継続されているものですか？又は今後継続する予定がありますか？)			
対象者			
参加人数			
費用負担 (参加者等に費用負担を求めていますか？ またその場合は金額を教えてください。)	参加者： 円	※参加人数の増減により	
	主催者： 円	負担額が変わりますか？	
	その他： 円	(変わる ・ 変わらない)	
3 事故について			
被害者 (被害者の方の所属、活動時の役割を教えてください。)			
報酬 (被害者の方は報酬をもらっていますか？ またその場合は金額を教えてください。)			
事故状況 (事故の状況を簡単に教えてください。)			
4 その他			

※活動前の場合は1，2，4に記入してください。事故発生後の場合は全てにご記入ください。

※上記内容がコミュニティ保険に該当するか否かについて、過去の事例等を確認するため返事に時間が掛かることがあります。

問い合わせ先 岡垣町役場 地域づくり課 コミュニティ係 (282-1211)