|  |  |
| --- | --- |
| 整理番号 |  |
| 分類番号 |  |

年　　月　　日

農業者労働災害共済事故発生届

坂井市長　　様

対象者

住所（所在地）

氏名（名　称）

　次のとおり共済事故が発生したので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者氏名 | （　　　　歳） |
| 事故発生日 | 年　　月　　日　 　　午前　午後　　時　　分頃 |
| 事故発生場所 |  |
| 使用農機具名等 |  |
| 農作業の内容 |  |
| 事故の原因 |  |
| 障害箇所、症状 |  |
| 医師の診断 | （１）　医療機関名  （２）　医師の氏名 |

　注）持病の悪化による傷病については本事業の対象となりません

共済事故証明書

　上記の届出は、事実に相違ないと認めます。

　年　　月　　日

　　　　　　　　　区長又は農家組合長　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　現　認　者　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ㊞

※添付書類　　・共済事故の発生した場所を示した地図

　　　　　　　・状況図（事故の発生原因等が分かるもの）及び現場写真