

第三者加害行為災害届

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

被災職員の { 所属名
氏名

私が公務遂行（通勤途上）中第三者の加害行為によって受けた災害に関し、次のとおり届け出ます。

災害発生日時		令和 年 月 日 (曜日) 午 前 時 分ごろ 後
災害発生場所		
加害者	氏名	(歳)
	住所	〒 TEL
	職業	
	勤務先	
	勤務先の住所	〒 TEL
◎ 加害者が業務遂行中の場合		
事業所	名称	
	所在地	〒 TEL
	代表者	
◎ 加害者が未成年者の場合		
親権者	氏名	
	住所	〒 TEL
	加害者との続柄	
◎ 加害者の自動車保険等に関する事項については、別途「加害自動車の保険（共済）契約に関する申立書」のとおりです。		