（様式１の１）

 番号

 令和　　年　　月　　日

　　甲州市介護支援課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 法 人 名

 事業所名

 所在地

 管理者名

事　故　報　告　書

 令和　　年　　月　　日に介護保険サービスの提供により事故が発生しましたので、別紙のとおり報告します。