（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。