

交 通 事 故 申 立 書

被 災 加 入 者	氏 名		生年 月日	年	月	日
	住 所					
事 故 発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
事 故 発 生 場 所	都道 府県	市 郡	町 村	番地		
被 災 加 入 者 が 車 両 運 転 中 の 事 故 の 場 合	車両等の種類					
	免許の種類					
事 故 の 状 況						
交通事故証明書 が添付できない 理 由	注）警察へ届け出なかった場合は、その理由を記入してください。					
上記のとおり交通事故を受けたので、事実と相違ないことを申し立てます。 年 月 日 住 所 氏 名 ⑩ 被災加入者との続柄（代理人の場合）〔 〕 鹿児島県市町村総合事務組合管理者 殿						
上記の事故は事実であることを証明します。 年 月 日 住所 (現認者) 氏名 ⑩ 住所 (現認者) 氏名 ⑩ 鹿児島県市町村総合事務組合管理者 殿						

※ 現認者はなるべく 2 人お願いします。
※ 事故の証明に足る資料があるときは、添付してください。