事　実　確　認　書

　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金栃木県支部長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（確認者） 住　所

氏　名 印

（当事者（乙）との関係 ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当  事  者 | 甲 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 乙 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 事故発生日時 | | |  |
| 事故発生場所 | | |  |
| 事故発生の状況 | | |  |