

事 故 （ 事 実 ） 証 明 書

1 災害発生の日時

年 月 日 午前・午後 時 分 ごろ

2 災害発生場所

3 当事者の住所・職業・氏名・年齢

(甲)

(乙)

4 事故の概要

5 その他

上記に相違ありません

年 月 日

(甲)

(自署又は押印)

(乙)

(自署又は押印)

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿