支部様式第18号

事実確認書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　様

（確認者）

住所

氏名

（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 | | |  |