

公益社団法人民間総合調停センター 御中

和解あつせん・仲裁申立書(介護事故)

申立年月日：平成 年 月 日

申立人	住所 〒****-**** 大阪府吹田市〇丁目〇番〇号 (電話 ****-****-****) (会社名・代表者名) 大阪 花子 印 (生年月日) 昭和12年 5月 5日 (82歳)
申立人	住所 〒 (電話) (会社名・代表者名) 印 (生年月日) 年 月 日 (歳)
代理人	住所 〒****-**** 大阪市北区〇〇丁目〇番〇号 (電話 ****-****-****) 代理人 大阪 一平 印
相手方	住所 〒****-**** 大阪府吹田市〇丁目〇番〇号 (電話 ****-****-****) (会社名・代表者名) 社会福祉法人安心福社会 代表者理事 安心 守 (生年月日) 昭和**年**月**日 (**歳)
相手方	住所 〒 (電話) (会社名・代表者名) (生年月日) 年 月 日 (歳)

※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。
※本申立書は相手方に送付します。

【介護事故】

第1. 申立の趣旨（相手方に求める結論を記載して下さい。）	
相手方は、申立人に対し、謝罪のうえ、治療費のほか相当額の慰謝料を支払う	
との 和解あつせん・仲裁判断（どちらかを○で囲んでください） を貴センター規則に基づいて求める。	
第2. 申立の理由	
1 発生日時	令和2年 2月10日
2 発生場所	特別養護老人ホーム安心荘
3 サービス内容	ショートステイ(令和2年2月8日から1週間の予定)
4 事故の態様	<input checked="" type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> 誤飲 <input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> その他 ()
5 過失	<input checked="" type="checkbox"/> 予見可能義務（申立人が食堂へ移動する際、その動静を注視する義務を怠った。 ） <input type="checkbox"/> 結果回避義務 ()
6 結果	<input type="checkbox"/> 死亡（死 因： ） <input checked="" type="checkbox"/> 受傷（診断名：大腿骨骨折 ） （入院 令和2年2月10日から令和2年5月9日3か月間） （通院 令和2年5月10日から令和2年8月9日3か月間・実日数12日）
7 損害	<input checked="" type="checkbox"/> 治療費 30万円 <input checked="" type="checkbox"/> 慰謝料 300万円 <input type="checkbox"/> 逸失利益 円 （計算)) <input type="checkbox"/> その他(計) 円 <input type="checkbox"/> その他(計) 円
8 考慮すべき事情	

※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。
※本申立書は相手方に送付します。

第3 和解あっせんとして選任を希望する者の氏名等

・氏名（ ）	資格・所属団体等（弁護士・大阪弁護士会）
・氏名（ ）	資格・所属団体等（ ）
・氏名（ ）	資格・所属団体等（ ）



※ボールペンまたは万年筆で記入して下さい。
※本申立書は相手方に送付します。