（別記様式第１－１号）

**スマイルサポーター認定申込書**



 年 　 月 　 日

 　　事務所長 殿

氏名又は団体名

代表者名

〒

住 所

電話番号

Ｅ－mail

担当者名

みやぎスマイルロード・プログラム実施要領第４の規定により，下記のとおり申し込みます。

１ 道路名

２ 区 間 ～

 約 ｍ

３ 期 間 　　 年 月 日から　　 年 月 日まで

４ 作業内容（該当するものを〇で囲む。具体的内容は別紙１に記入）

 清掃作業 ・ 緑化作業 ・ 除草 ・　除雪　・その他（ ）

５ 表示板の設置希望の有無（該当するものを〇で囲む） 有 ・ 無

６　物品等の受領希望の有無（該当するものを〇で囲む） 有 ・ 無

７ 構成員名簿（団体で参加する場合は別紙２に記入）

８ その他（団体の規約等があればその写しを添付）

（別紙１）

**スマイルロード・プログラム実施予定表**

氏名又は団体名

代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 活動内容（具体的に） | 活動箇所の概略図 |
|  |  |
| 活動予定回数 |  回 |
|  | 活動予定年月日 | 活動内容 | 参加予定人数 |
| 第１回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第２回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第３回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第４回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第　回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第　回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |

（別紙２）

**スマイルサポーター構成員名簿**

団体名

代表者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏 名 | 性別 | 年令 | 住 所 | 備 考 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

※ 欄が足りない場合は，コピーして記載してください。

* 既存の団体名簿がある場合は，その写しを活用してください。

**（様式１）**

**事　故　報　告　書**

　　　　　　　　　　　　　　　**氏名又は団体名**

**代表者名**

**電話番号**

**FAX番号**

**１　受傷者(被保険者)**

**住所**

**（フリガナ）**

**氏名**

**生年月日　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日**

**性別　　　　　男　・　女**

**電話番号(連絡先)　　　　　　　　(　　　　　　)**

**２　事故発生日時**

**年　　月　　日(　　)　午前・午後　　　　時　　　　分頃**

**３　事故発生場所**

**４　警察への届出の有無**

**有　　　　　　　　　警察署　　・　無**

**５　事故の原因・状況**

**６　傷害・治療の状況**

**ケガの部位　　　　　　　　　　　　　　ケガの状況**

**治療状況　入院中・通院中・治癒　　　　治療見込**

**(病院名　　　　　　　　　　　　病院ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　)**

* **構成員名簿の写し(受傷者掲載分)を添付願います。**

**(記載にあたっての注意事項)**

**○ケガの部位とは、下記の区分で記入願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **①** | **頭部** |
| **②** | **顔面部** |
| **③** | **頸部** |
| **④** | **肩・胸・背・腹** |
| **⑤** | **腰部** |
| **⑥** | **腕** |
| **⑦** | **手指** |
| **⑧** | **脚** |
| **⑨** | **足指** |
| **⑩** | **臓器** |

**○ケガの状況とは、下記の区分で記入願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **①** | **骨折** |
| **②** | **脱臼** |
| **③** | **捻挫** |
| **④** | **切断** |
| **⑤** | **切り傷** |
| **⑥** | **打撲** |
| **⑦** | **神経損傷** |
| **⑧** | **やけど** |
| **⑨** | **挫創** |
| **⑩** | **擦過傷** |
| **⑪** | **頸椎損傷** |
| **⑫** | **腰椎損傷** |
| **⑬** | **その他(具体的に記入)** |

（様式２）

**スマイルロード・プログラム実施報告書**

氏名又は団体名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 活動年月日 | 延長 | 活動内容 | 参加人数 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |
| 　　年　　月　　日 (　　) | 　　　　ｍ | 清掃・緑化・除草・除雪内容 (　　　　 　　　) | 　　　名 |

（様式３）

**スマイルロード・プログラム継続実施予定表**

 年　 月　 日

 　　事務所長 あて

氏名又は団体名

代表者名

みやぎスマイルロード・プログラムに関する覚書の規定により，下記のとおり届け出ます。

|  |
| --- |
| 活動内容及び活動箇所の概略図（変更がある場合は記入してください。） |
| （内容） | （概略図） |
| 活動希望期間 |  　 年 月 日 から 　　　 年 月 日まで |
| 活動予定回数 |  回 |
|  | 活動予定年月日 | 活動内容 | 参加予定人数 |
| 第１回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第２回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第３回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第４回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第　回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第　回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |
| 第 回 |  年 月 日ころ |  |  |

※スマイルサポーター構成員に変更がある場合は，構成員名簿も合わせて提出してください。

（別記様式第５号）

**みやぎスマイルロード・プログラムに関する覚書変更届**

 年 　 　月 　　 日

　　　　　　 市（町・村）長　殿

 　　事務所長　殿

氏名又は団体名

代表者名 　　 印

「みやぎスマイルロード・プログラムに関する覚書」に関して，下記のとおり変更があるので届け出ます。

記

**１　変更後の内容**（変更する部分のみ記入してください。）

（１）　サポーターの名称等

　　住　所

　　氏　名

（２）　対象区間

　　道路名

　　区　間　　　　　　　　　　　　　　　　　～

　　　　　　約　　　　　　　　ｍ

（３）　作業内容（該当するものを〇で囲んでください。）

　　清掃作業 ・ 緑化作業 ・ 除草 ・　除雪　・　その他（ 　　 ）

**２　変更（予定）年月日**

　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

※　本書を２通作成し，○○市（町・村）長及び○○事務所長に提出してください。

※　対象区間が延長又は増加する場合は，事前に道路管理者に相談の上，位置図等の図面を添付してください。

※　代表者の変更については，本書による届け出は不要です。

（別記様式第６号）

**みやぎスマイルロード・プログラムに関する覚書解除届**

 年 　 　月 　　 日

　　　　　　 市（町・村）長　殿

 　　事務所長　殿

氏名又は団体名

代表者名 　　 印

みやぎスマイルロード・プログラムに関する覚書について，下記の理由により解除を申し出ます。

記

理　由

※　本書を２通作成し，○○市（町・村）長及び○○事務所長に提出してください。