様式第2号（第5条関係）

都留市認知症高齢者等個人賠償責任保険申請結果通知書

年　　月　　日

　　　　　　　　様

都留市長

　　　　　年　　月　　日付で申請のあった都留市認知症高齢者等個人賠償責任保険について、下記のとおり決定したので都留市認知症高齢者等個人賠償責任保険事業実施要綱第5条の規定により通知します。

記

保険加入対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 保険加入の可否 | 加入を認める　・　加入を認めない |
| 保険の始期 | 年　　　月　　　日　　　時から |
| 住　　所 | 都留市 |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| SOS登録番号 |  |
| 特記事項 |  |

（不服申立て及び取消訴訟）

1　この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、都留市長に対して審査請求をすることができます。

2　この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、都留市を被告として(訴訟において都留市を代表する者は都留市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。