

様式第 2 号（第 5 条関係）

認知症高齢者等個人賠償責任保険事業利用承認・不承認決定通知書

第 年 月 日 号

様

舟橋村長 印

年 月 日付けで申請のあった認知症高齢者等個人賠償責任保険事業の利用について、次のとおり決定したので通知します。

決 定 の 内 容	承認 ・ 不承認
被保険者氏名	
保 険 の 始 期	年 月 日 時から
不承認の理由	
備 考	

- (注) 次のいずれかに該当するときは、速やかに届け出てください。
- (1) 被保険者の氏名及び住所に変更があったとき。
 - (2) 被保険者の情報が舟橋村認知症高齢者等徘徊SOSネットワーク事業の登録台帳から抹消されたとき。
 - (3) 被保険者が第 2 条第 1 号に規定する者に該当することとなったとき。
 - (4) (2)又は(3)に該当する場合のほか、事業の利用を辞退するとき。