

Utdelning av medel ur Hellmans minnesfond, ansökan

Sid. 1 (1)

Personuppgifter	
Förnamn	Efternamn
Personnummer	Adress
Postnr	Postort
E-post	

Skäl för ansökan
Beskriv din sjukdomsbild *
* Livskriser, störningar och fysiologiska förändringar som beror på det naturliga åldrandet, graviditet, barnafödade, funktionshinder, allergi eller funktionsnedsättning ses inte som sjukdom. Läkarintyg krävs.
Bifoga läkarintyg
Kontonummer du önskar använda vid eventuell utdelning av medel ur fonden.
Clearing- och kontonummer

Ansökan ska vara oss tillhanda senast 2024-04-14

Ansökan skickas in digitalt via e-tjänsten eller som brev till:

"Hellmans minnesfond"
Lysekils kommun
Socialkontoret
Drottninggatan 8 B
453 31 Lysekil