



Ansökan

För utdelning av medel ur Hellmans minnesfond

Personuppgifter

Namn:
Personnummer: (10 siffror)
Adress och postadress:

Skäl för ansökan, sjukdomsbild*:

* Livskriser, störningar och fysiologiska förändringar som beror på det naturliga åldrandet, graviditet, barnafödande, funktionshinder, allergi eller utvecklingsstörning ses inte som sjukdom.

Kontonummer du önskar använda: (OBS! Glöm inte clearingnummer)

Vid en eventuell utdelning av medel ur fonden.

Ort	Datum	Underskrift
------------	--------------	--------------------

Ansökan skickas till **Lysekils kommun, Socialkontoret, 45380 Lysekil**. Märk kuvertet "*Hellmans minnesfond*". Ansökan ska vara oss tillhanda senast **2018-04-03**