



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 **2017-04-03**