

An die  
Gemeinde Gersheim  
Bliesstraße 19a  
66453 Gersheim



## Antrag für Müllkostenzuschuss bei Inkontinenz

.....  
Name, Vorname des Antragstellers

.....  
Geburtsdatum des Antragstellers

.....  
Anschrift

.....  
Telefonnummer für eventuelle Rückfragen

### Ärztliche Bescheinigung:

Beigefügt

liegt der Gemeinde Gersheim bereits vor

### Bitte überweisen Sie den Müllkostenzuschuss auf folgende Bankverbindung:

.....  
Name des Kontoinhabers

.....  
Anschrift des Kontoinhabers

.....  
IBAN

.....  
BIC

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift