4. számú melléklet a 14/2021.(IX.30.) Ör. számú rendelethez

**Létavértes Városi Önkormányzat**

*4281 Létavértes, Kossuth u. 4. szám*

*Tel/Fax: (52) 376-101/376-345*

***KÉRELEM***

***TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS***

***(Időskorúak egyszeri támogatása) megállapítására***

**A kérelmező neve:**

TAJ:

Anyja neve:

Születés helye, ideje:

Lakóhelye/Tartózkodási helye:

Lakcímkártya másolata: Igen Nem

**A kérelmező élettársa/házastársa neve:**

TAJ:

Anyja neve:

Születési helye, ideje:

Lakóhelye/tartózkodási helye:

Lakcímkártya másolata: Igen Nem

Létavértes, 202 .

……………………………….

Kérelmező aláírása

1. Tanú 2) Tanú

Név: Név:

Lakcím: Lakcím:

Kérelmem kedvező elbírálása esetén a jogorvoslati lehetőségemről lemondok.

……………………………………

Kérelmező aláírása