Ystads kommun
SOCIAL OMSORG

Fullmakt gällande ansökan för bostadsanpassningsbidrag

Undertecknad ger härmed Ystads kommuns handläggare av bostadsanpassningsärenden i uppdrag att för min räkning beställa de anpassningsarbeten jag medges bidrag för samt betala de kostnader bidraget uppgår till.

_____

Ort/datum

_____

Underskrift

_____

Namnförtydligande

Postadress
Avdelning Hälsa & Sjukvård
Bostadsanpassning
Björnstjernegatan 1B
271 39 YSTAD

Telefon / växel
0411-57 70 00