

Комісії з надання одноразової
грошової матеріальної допомоги
Лисичанської міської
військової адміністрації
Сіверськодонецького району
Луганської області

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(адреса зареєстрованого місця проживання
заявника)

(адреса фактичного місця проживання
заявника)

статус заявника (працююча особа,
пенсіонер, особа з інвалідністю)

(номер телефону)

ЗАЯВА

Прошу Вас виділити одноразову грошову матеріальну допомогу на лікування

дата

підпис