

**Antrag auf Müllgebühren-Zuschuss für pflegebedürftige Personen  
im Kalenderjahr 2019**

Ich beantrage den Müllgebühren-Zuschuss in Höhe von **39,60 €** (3,30 € x 12 Monate) für

Herrn/Frau .....

geb. am .....

wohnhaft .....

Kellmünz, den .....  
(Datum)

.....  
(Unterschrift des Antragstellers)

→ Der Zuschuss soll überwiesen werden auf das nachfolgende Konto:

IBAN: DE \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_

BIC: \_\_\_\_\_, Bankbezeichnung: .....

Kontoinhaber: .....

Bitte beachten Sie:

*Der Antrag auf Müllgebühren-Zuschuss ist jedes Jahr neu zu stellen!*

---

---

**Bestätigung des Arztes**

**Es wird hiermit bestätigt, dass die o. g. pflegebedürftige Person dauernd auf die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln angewiesen ist.**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Stempel u. Unterschrift des Arztes)