Anschrift der/des Antragssteller / in

_____ BLZ _____

_____ Kto.- Nr. _____

61209 Echzell

FAD_____
(wird von der Gemeinde ausgefüllt)

Von: bis:

Gemeindeverwaltung Echzell
Lindenstraße 9

61209 Echzell

Datum: _____

Antrag auf Windelgeld

(bei Windelgeld für Erwachsene bitte Bescheinigung des Arztes vorlegen, dass Windeln benötigt werden)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage/n ich / wir_____

Straße _____ Nr. _____

für meine/n unser/e Sohn / Tochter _____ geboren am _____

oder für _____geboren am_____

Windelgeld.

_____
Unterschrift der/des Antragsteller / in