



DEGERFORS
KOMMUN

Socialtjänsten

Degerfors Kommun
15 Socialtjänsten
Attn: Jörgen Neuman
693 80 DEGERFORS

Ansökan om begravningshjälp enl. kap 4 § 1 SoL.

Den avlidnes namn:	_____
Den avlidnes personnr:	_____
Belopp ansökan gäller:	_____ kr.

Beviljat belopp insättes
på begravningsbyråns Pg/Bg. _____

Begravningsbyrå _____

Ort Datum

Undertecknad

Bil. Kopia på begravningsbyråns faktura