AntragstellerIn:

……

……

……. Datum……..

Stadtgemeinde Gleisdorf
Rathausplatz 1-3
8200 Gleisdorf

Antrag auf Rückerstattung der jährlichen Kanalpauschale (max. 1 Person) für 24-Stunden-Pflegepersonal.

Zu betreuende Person(en):……..

Anschrift:……

Name der PflegerInnen:	**Pflegezeitraum von – bis (laufendes Jahr)**

…….
(Unterschrift des/der AntragstellerIn)

Der Antrag auf Rückerstattung der Kanalpauschale (max. 1 Person) ist bis zum 31.März des Folgejahres bei der Stadtgemeinde Gleisdorf einzubringen.