**AANVRAAGFORMULIER VOOR HET BEKOMEN VAN EEN**
**GEMEENTELIJKE PREMIE VOOR HET GEBRUIK VAN INCONTINENTIE- STOMA- EN NIERDIALYSEMATERIAAL**

**Administratieve gegevens**

NAAM AANVRAGER: ………………………………………………………………………………………………

ADRES : ……………………………………… – 8647 Lo-Reninge..... Tel.: ............................
LEEFTIJD : …………………………………………….

REKENINGNUMMER : ………………………………………………………………………………………………………….

DATUM AANVRAAG : …………………………………………………………………………………………….…………...

**Bijlagen:**

x doktersattest waaruit blijkt dat de aanvrager lijdt aan chronische incontinentie

ofwel

x doktersattest waaruit blijkt dat de aanvrager stoma-patient is.

ofwel

x doktersattest waaruit blijkt dat de aanvrager nierdialyse-patient is die thuis behandeld wordt.

**Slotbepaling**

Ondergetekende verklaart hierbij kennis genomen te hebben van het gemeentelijk reglement betreffende de toekenning van een premie aan incontinentie-, stoma-, en nierdialyse-patienten.

 Voor waar en echt verklaard,

 Datum : ………………………………………

 Handtekening : ...................................................

**In te vullen door gemeentelijk ambtenaar**

Op basis van de hierboven verstrekte gegevens door de aanvrager, verklaart de gemeente deze
aanvraag ontvankelijk.
De gemeentelijke premie bedraagt 100,00 EUR.

*De per kalenderjaar éénmalige subsidie wordt uitbetaald na overmaken van de aanvraag, mits aan de voorwaarden van het subsidiereglement is voldaan en binnen de perken van het gemeentelijk budget.*