

An die  
Marktgemeinde Zeillern  
Schlossstraße 2  
3311 Zeillern

## Anmeldung „Essen auf Rädern“

### Antragsteller:in

Familienname:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____

### Hauptwohnsitz:

Straße:	_____	Hausnr./Tr:	_____
Postleitzahl:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____		

- Begründung des Antrags: (allfälliger Hinweis auf eine ärztliche Bestätigung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Angabe der Gründe, warum im gleichen Haus lebende Angehörige die Versorgung nicht übernehmen können:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Beilage:

Einkommensnachweis (für Wegfall der Transportkosten)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Parteienverkehrszeiten:	Mo, Di, Do, Fr. 8-12 u. Di. 13-18 Uhr	UID: ATU36802402, C:\Users\DBAdmin\AppData\Local\Temp\doc5_tmp\820d68d1-2ebe-4e36-a813-d336c3cf68ed.docx
Sprechtage des Bürgermeisters:	Di. 13-18 Uhr u. Fr. 8-12 Uhr	Bankverbindung: IBAN – AT673202500001801497 BIC - rlnwatwams