



## ANSÖKAN OM PENSIONÄRS OCH HANDIKAPPSBIDRAG

VERKS.AR	ID nr
----------	-------

FORENINGENS NAMN		UTDELNINGSDRESS	
POSTNR	ORTSNAMN	POSTGIRO	

KONTAKTMAN I DETTA ARENDE	TELEFON BOST/ARB
---------------------------	------------------

### LOKAL

NAMN	ADRESS	TELEFON
HYRESVÄRD		

1.. Geografiskt verksamhetsområde: \_\_\_\_\_

2.. Motiv till ansökan om bidrag: \_\_\_\_\_

3.. Antal medlemmar föregående år i: Trosa kommun: \_\_\_\_\_

Övriga kommuner: \_\_\_\_\_

### AKTIVITETER

Totalt antal deltagare


### BILAGOR

Verksamhetsberättelse

Resultatrapport

Balansräkning

Revisionsberättelse

Budget

Verksamhetsplan

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift av ord. kassör el sekr.

**Ansökan skall vara Kultur o Fritid tillhanda senast sista mars**