ГЛАВЕ МЕСТНОЙ

 АДМИНИСТРАЦИИ

 ГОРОД ПЕТЕРГОФ

 А.В. ШИФМАНУ

 от

 (ф.и.о.)

 Адрес:

 Тел.

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу Вас разрешить получение и расходование денежных средств, перечисляемых в качестве пенсии по инвалидности, моему ребенку ,

(Ф.И.О., дата рождения)

на почтовое отделение № 517.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_