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. \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_