Міністерство у справах ветеранів України

_____

(П.І.Б)

_____

_____

_____

(адреса)

_____

(телефон)

ЗАЯВА
про виплату одноразової грошової допомоги у зв’язку з установленням інвалідності

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

(підпис) (П.І.Б.)

“___”_____202_ року

Заповнюється адміністратором:

«___» _____ 202__ р. (дата надходження заяви) _____ (підпис)	Реєстраційний номер _____ _____ (ініціали та прізвище адміністратора)