

SØKNAD OM LEDSAGERBEVIS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn: | | Fødselsnr: | |
| Adresse: | Postnr: | | Poststed: |
| Telefon: | | Mobil: | |
| Type funksjonshemming: | | | |
| Begrunnelse for søknad om ledsagerbevis: | | | |
| Sted og dato: | | | |
| Søkers underskrift: | | Evt. Foresatte/hjelpeverges underskrift: | |
| **Sendes: Tjeldsund kommune, Postboks 240, 9439 Evenskjer** | | | |
| **Vedlegg: 1 passfoto** | | | |
| Søknaden vedlegges uttalelse fra enten fastlege, offentlig godkjent helseinstitusjon eller kommunens helse- og sosialehet.  Vedtak om støttkontakt kan også godkjennes som vedlegg. | | | |