



HÚNAÞING VESTRA

KLAPPARSTÍG 4 - 530 HVAMMSTANGI
SÍMI: 455 2400 - FAX: 455 2409
KT. 540598-2829 - VSK. nr. 59022

Mótt.

Umsókn um styrk vegna aksturs með börn úr dreifbýli í leikskóla í Húnaþingi vestra.

Nafn barns: _____

Vegalengd frá heimili að leikskóla: _____

Dagafjöldi sundurliðað eftir mánuðum:

Janúar: _____

Febrúar: _____

Mars: _____

Apríl: _____

Maí _____

Júní: _____

Júlí: _____

Ágúst: _____

September: _____

Október: _____

Nóvember: _____

Desember: _____

Staðfesting leikskólastjóra: _____

Nafn umsækjanda: _____

Kennitala umsækjanda: _____

Netfang reikningseiganda _____

Greiðist inn á reikning: _____

Hvammstanga ___/___/___

Forráðamaður

Fyllist út af starfsmanni Húnaþings vestra

Samþykkt upphæð styrks. Kr. _____