

В ГКУ ОСЗН по Камешковскому району
от _____

проживающего _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу прекратить выплату ЕДВ из областного бюджета

_____ в связи с получением
группы инвалидности

Дата _____ 20 ____ г

Подпись _____