

Abtretungserklärung

Gemeinde: 8236 Büttenhardt
Sozialhilfebehörde

Der/die Unterzeichnete

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Nr.:

PLZ, Ort:

tritt hiermit seine/ihre Ansprüche auf Verbilligung der Krankenkassen-Prämien
an die Sozialhilfebehörde der Gemeinde Büttenhardt ab.

Diese Abtretung gilt bis zum schriftlichen Widerruf.

Datum:

Unterschrift

Geht an: Sozialversicherungsamt des Kantons Schaffhausen

Ort:

Datum: