

**Antrag auf gebührenfreie Windelsäcke  
für inkontinente pflegebedürftige Personen**

Über die Gemeinde bzw. Verwaltungsgemeinschaft

.....  
an das Landratsamt Regensburg  
Kommunale Abfallwirtschaft



**Landkreis  
Regensburg**

**Antragsteller/in**

.....  
Name , Vorname

.....  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

**Nachfolgend genannte pflegebedürftige Person wird zuhause gepflegt und benötigt Inkontinenzartikel:**

.....  
Name , Vorname der pflegebedürftigen Person

.....  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (Hauptwohnsitz im Landkreis Regensburg)

Erstantrag

Folgeantrag

**Die Inkontinenz-Erkrankung wird mit beiliegendem ärztlichen Attest nachgewiesen. Für die Dauer der bestätigten Inkontinenz werden ein Windelsack pro Monat bzw. bis zu maximal 12 Windelsäcke pro Jahr ausgehändigt. Danach ist ein neuer Antrag erforderlich.**

Die Förderkriterien auf der Rückseite habe ich zur Kenntnis genommen.

**Bestätigung des Empfängers:**

Die Richtigkeit der Angaben und die Aushändigung von insgesamt

..... **Stück**  
gebührenfreien Windelsäcken werden bestätigt.

.....  
Ort, Datum und Unterschrift

**Bestätigung der Gemeinde:**

Der Hauptwohnsitz des Antragstellers sowie die Vorlage eines ärztlichen Attestes werden bestätigt.

.....  
Ort, Datum und Unterschrift