

**Antrag auf Müllgebühreuzuschuss  
für pflegebedürftige Personen  
für das Kalenderjahr 2026**

Ich beantrage den Müllgebühreuzuschuss in Höhe von **144,00 €** (12,00 € x 12 Monate)  
für

Herrn/Frau .....  
(Name, Vorname pflegebedürftige Person)

geboren am .....  
(Geburtsdatum)

wohnhaft .....  
(Straße, Hausnummer)

Der Zuschuss soll überwiesen werden auf das nachfolgende Konto:

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: \_ \_ \_ \_ \_ , Bankbezeichnung: .....

Kontoinhaber: .....  
(Name, Vorname)

Kellmünz a. d. Iller, den .....  
(Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

Bitte beachten Sie:

*Der Antrag auf Müllgebühreuzuschuss ist jedes Kalenderjahr neu zu stellen!*

---

**Bestätigung des Arztes**

**Es wird hiermit bestätigt, dass die o. g. pflegebedürftige Person dauernd auf die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzartikeln angewiesen ist oder aufgrund krankheitsbedingter Ursachen ein erhöhtes Restmüllaufkommen bei der o. g. Person anfällt (z. B. häufige Verbandswechsel o.ä.).**

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Stempel u. Unterschrift des Arztes)