



משרד הביטחון  
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

## הנדון: בקשה לתשלום השתתפות בהוצאות אזכרה שנתית לנציג משפחה

אנו החתומים מטה, אחיי/ילדי החלל \_\_\_\_\_ ז"ל מבקשים להעניק את ההשתתפות בהוצאות אזכרה שנתית לנציג האחים (להלן "הנציג"):

### פרטי הנציג

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
תאריך לידה *	טלפון *	טלפון נוסף
רחוב *	מס' בית *	יישוב *
מיקוד		
דואר אלקטרוני		

### הצהרה

<p>1. אנו מאשרים לנציג הנ"ל לקבל את ההשתתפות מעתה ואילך.          2. מוצהר בזאת כי ידוע לנו שההשתתפות בהוצאות אזכרה שנתית ניתנת רק לאחד האחים/ילדים.          3. החתומים מטה הינם כל אחיי/ילדי החלל ז"ל.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

משרד הביטחון, אגף משפחות, הנצחה ומורשת

מרכז שרות טלפוני: 03-7776700 | [www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il](http://www.mishpahot-hantzaha.mod.gov.il)



משרד הביטחון  
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

### פרטי המצהירים וחתימה

שם פרטי ושם משפחה	תעודת זהות	חתימה