

Antrag um Kostenrückerstattung

Transport

Name, Vorname Kind: _____

Wohnadresse: _____

Transportart: privater Fahrdienst ÖV

Grund für Fahrt: bewilligte Therapie externe Sonderschulung

Abrechnungszeitraum: _____

Falls bewilligte externe Therapie:

Therapiebewilligung von/bis: _____

Name Therapeut/Arzt: _____

Kostenrückerstattung an

Finanzdienstleister: _____

IBAN: _____

Konto lautend auf: _____

Dem Antrag sind zwingend beizulegen

- Kopie der Transportrechnung (Ticket, Quittung) oder
- Aufstellung der gefahrenen Strecke (Seite 2)

Datum: _____ Unterschrift: _____

