Kindertageseinrichtung, Ort, Anschrift Datum

Antrag auf Fahrtkostenerstattung

(Elternbesuche, Mitarbeiterbesprechungen, etc.)

Mandant	Abrechnungsobjekt	Sachkonto
_ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ 01	69300000
Betrag		

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ, Ort: _____

IBAN: _____

Datum	Zielort	dienstl. km
Summe:		

Unterschrift des Antragstellers **Unterschrift der Leiterin**

Von der kreiskirchlichen Verwaltung auszufüllen!

Gesamtfahrstrecke: km x 0,30 € = €

festgestellt:

Zur Zahlung angewiesen, Herford, den _____