

Kontaktstelle für Menschen mit Behinderung

nur von GEMEINSAM e.V. auszufüllen!					
Eing.					
Kontr.					
Bez.					
Rg.					

Fahrtkostenabrechnung

Name des Klier	nten				
Mitarbeiterin					
Monat/Jahr					
Angaben zu d	den Fahrten				
Datum	Anlass	Start	Ziel	KM	
				Summe:	
 Pro Kil 	en ter gesamt: ometer: ntbetrag:	km 0,27 € €		Summe	
Durch meine l	Jnterschrift bestätige ic	ch die Korrektheit der	oben gemachten An	gaben:	
Datum:					
Unterschrift Mitarbeiter			Unterschrift Leistungsnehmer oder gesetzl. Vertreter		