

Kindertageseinrichtung, Ort, Anschrift _____

Datum _____

Antrag auf Fahrtkostenerstattung

(Für Einkaufsfahrten, die in Verbindung mit der Verpflegung (HWK) stehen)

Mandant	Abrechnungsobjekt	Sachkonto
_____	_____ 08	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 _____