



## Antrag auf Kostenerstattung

- Für allgemeine Unterstützung – keine Fahrtkostenerstattung! -

### Antragsteller

Name, Vorname	
Telefon	
E-Mail	

### Antragsgegenstand

Betroffene Person	
Antragsgegenstand	
Kosten des Antragsgegenstandes (Erstattungsbetrag)	

Bitte dem Antrag auf einem separaten Dokument eine ausführliche Begründung für die Notwendigkeit der Kostenerstattung beifügen. Hierzu ggf. eine Bescheinigung der Klinik oder Rechnung (z.B. für Übernachtungskosten, nicht durch Krankenkasse erstattete Untersuchungskosten, usw.) hinzufügen.

### Bitte die Kostenerstattung auf folgendes Konto überweisen:

Kontoinhaber	
Kontonummer / IBAN	
BLZ	
Institut	

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben:

---

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller \_\_\_\_\_

---

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kinderherzhilfe Vechta e.V. \_\_\_\_\_

Bitte den Antrag einreichen bei:

Dirk Rilling (Kassenwart), Kinderherzhilfe Vechta e.V.