Abrechnung der Teilhabeleistungen (max. 10 €/pro Monat) für:

Name des Kindes:	
Geburtsdatum	
Name des Anbieters (ggf. Stempel):	
Ansprechpartner:	
Telefonnummer:	
Kontonummer:	
Bankleitzahl:	
Kreditinstitut:	

Die Leistung des Anbieters wurde in den folgenden Monaten in Anspruch genommen:

Monat	**Art der Teilhabeleistung** (z.B. Musikunterricht, ...)	**tatsächliche Gesamtkosten**

Ich versichere, dass die in Rechnung gestellten Leistungen tatsächlich erbracht wurden.

_____, den _____ **_____**

Ort **Datum** **Unterschrift Leistungsanbieter**