

Abrechnung der Teilhabeleistungen (max. 15 €/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