

_____, den _____

An die Gemeindeverwaltung Steinhagen
Amt für Schulen, Jugend, Sport und Kultur
Am Pulverbach 25
33803 Steinhagen

Antrag auf Erstattung der Schülerfahrkosten für die Zeit vom _____ bis _____

Antragsteller/in:

Name, Vorname : _____
Anschrift : _____
PLZ/Ort : _____

Bankverbindung:

IBAN : _____ BIC: _____
Kontoinhaber/in : _____

Fahrkostenübernahme wird beantragt für:

Name, Vorname : _____
Schule : _____ Klasse: _____

Benutztes Verkehrsmittel (bitte ankreuzen)

Bahn Bus PKW
 Mofa, Moped Fahrrad

Mitfahrer/in (bei PKW):

1. Name, Vorname : _____
Anschrift : _____
Schule : _____ Klasse: _____
2. Name, Vorname : _____
Anschrift : _____
Schule : _____ Klasse: _____
3. Name, Vorname : _____
Anschrift : _____
Schule : _____ Klasse: _____

Erstattung:

Entfernung zwischen Wohnung und Schule: _____ km.

Die Fahrkostenübernahme für folgende Schultage wird beantragt:

Monat: _____ Schultage: _____ / Monat: _____ Schultage: _____

Monat: _____ Schultage: _____ / Monat: _____ Schultage: _____

Monat: _____ Schultage: _____ / Monat: _____ Schultage: _____

Ich versichere, dass meine Angaben richtig und vollständig sind. Mir ist die Ausschlussfrist gemäß § 4 Absatz 2 Satz 3 der Schülerfahrkostenverordnung bekannt: Antragsfrist für das vergangene Schuljahr ist der 31. Oktober desselben Jahres.

Ort und Datum_____
Unterschrift der/des Erziehungs-
berechtigten**Prüfvermerk der Schule**

Die Richtigkeit der Angaben wird bestätigt:

Datum, Stempel der Schule und Unterschrift der Schulleitung**Berechnung des Schulverwaltungsamtes**

1.) _____ km pro Schultag á _____ € = _____ €
 _____ km pro Schultag á _____ € = _____ € (Mitnahme)
Insgesamt = _____ €
 Gesamte Schultage: _____ á _____ € = _____ €

Für die Zeit vom _____ bis _____ wird der Erstattungsbetrag auf _____ € festgesetzt.

2.) Auszahlungs-Anordnung fertigen (030__02/5291031)

3.) z.d.A.

Die Bürgermeisterin
Im Auftrag