



Social- och hälsovårdsverket
Sosiaali- ja terveystyökeskus

Ansökan om ersättning för särskilda kostnader för stödfamiljer och stödpersoner

(till ansökan bör bifogas kvitton över erlagda utgifter samt ursprungliga verifikat)

Stödperson _____ Personbeteckning _____

Kontonummer _____ Telefonnummer _____

Adress _____

Övriga särskilda utgifter Om fakturering av särskilda utgifter bör överenskommas på förhand

Datum	Barnets namn och födelsetid	€	Vilken kostnad	Överenskommet med vem?

Ort _____ Datum _____

Underskrift _____

Socialomsorgen fyller i:

Konto: _____

Klientnummer: _____

Kostnadsställen: _____

Socialarbetarens underskrift: _____

Granskad _____ / _____ 20 _____

Namn _____ (kanslist)

Godkänd _____ / _____ 20 _____

Namn _____ (enhetschef)