

LANDRATSAMT KRONACH

Güterstr. 18
96317 Kronach
Tel.: 09261 678-0
Fax.: 09261 678-211

Jobcenter Kronach

Langer Steig 10
96317 Kronach
Tel.: 09261 5044-0
Fax.: 09261 5044-296

Bestätigung der Zahl der Mittagessen

Monatsabrechnung:

(von den Eltern auszufüllen)

Kind: _____	Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____	
Name des Kindergartens/Schule: _____	
Anschrift des Kindergartens/Schule: _____	

(vom Kindergarten/Schule auszufüllen)

Zahl der Mittagessen: _____	Preis pro Mittagessen: _____ €	
Für den Monat: _____ wurde von den Eltern ein Gesamtbetrag (einschl. Eigenanteil) in Höhe von _____ € entrichtet.		
_____ Ort, Datum	_____ Stempel des Kindergartens / Schule	_____ Unterschrift

Vorsorgliche Angabe der Kontoverbindung der Eltern:

(Von den Eltern auszufüllen)

Kontoinhaber:	
IBAN:	
BIC:	
Name des Kreditinstitutes:	

Bearbeitungsvermerk:

Häusliche Ersparnis:	Kalendertage x 1€ =	
Erstattungsbetrag der Eltern:	Kosten insgesamt	
	Abzüglich häusliche Ersparnis	
	Ergibt Erstattungsbetrag	
Angewiesen zur Auszahlung am:		