
Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Aktenzeichen (sofern bekannt)

Postleitzahl und Ort

Landkreis Rotenburg (Wümme)
- Sozialamt -
Hopfengarten 2

27356 Rotenburg (Wümme)

Angaben zur Teilnahme an der Mittagsverpflegung im Monat _____

Bezeichnung des Monats

Vorname und Name des Kindes

Bezeichnung der Schule/Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

Anschrift der Schule/Kindertageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

Tag	Betrag (€)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

Tag	Betrag (€)
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	

Tag	Betrag (€)
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	
Summe:	

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ein Nachweis über die vorstehend geltend gemachten Kosten liegt dieser Erklärung bei. Ich bitte um Erstattung des von mir verauslagten Gesamtbetrages (unter Berücksichtigung des von mir zu tragenden Eigenanteils in Höhe von derzeit 1,00 €).

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)

Ort, Datum

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen Antragsteller(inne)n