

Anschrift der Erziehungsberechtigten	
Vorname, Name:	Telefon-Nummer:
Straße, Nr.:	E-Mail:
PLZ, Ort:	

**LWL-Landesjugendamt
Referat 30 – SB 340
Warendorfer Straße 25
48133 Münster**

Antrag auf Übernahme der Kosten für eine ärztliche Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage/n ich/wir für mein/unser Kind,

geb. ,

die Erstattung der Kosten für die ärztliche Stellungnahme vom

in Höhe von EUR auf mein/unser Konto:

IBAN-Nr.:

bei der (Name der Bank)

Die Arztrechnung ist in Kopie beigelegt.

Mir/uns ist bekannt, dass eine Erstattung nur dann möglich ist, wenn ich/wir laufende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II oder XII erhalte/n.

Ein entsprechender Leistungsbescheid ist diesem Antrag in Kopie beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Anlagen (unbedingt beifügen):

Kopien der Arztrechnung und des Leistungsbescheides nach dem SGB II oder XII