

KRONOBY KOMMUN



ANSÖKAN

om ersättning för förlust av förtjänst/kostnader
för tiden _____ - _____ 20_____

Den förtroendevaldas namn								Personbeteckning			
Adress											
Bank och kontonummer											
Organ/uppgift											
Ersättning 1)											
Datum	För sammanträdet/ uppgiften använd tid kl - kl	Närvaro vid sammanträdet kl - kl	Förlust av förtjänst		Avlönande av vikarie		Anordnande av barnvård		Annat 2)		Sammanlagt
			t	a' €	t	a' €	t	a' €	t	a' €	
<input type="checkbox"/> Arbetsgivarens intyg bifogas <input type="checkbox"/> Hänvisas till tidigare företett intyg av arbetsgivaren								Sammanlagt			
Datum	Sökandens underskrift						Förskottsinnehållning				
Tilläggsuppgifter								Utbetalas			
								Konto		€	
Godkänns		Utanordnas				Kvitteras					
____ / ____ 20 ____		_____ € ____ / ____ 20 ____				____ / ____ 20 ____					

1) Maximibeloppet för ersättning av kostnader är beloppet av ersättning för förlust av förtjänst

2) Förklaring i punkten tilläggsuppgifter.