

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' €	
☐ Arbetsgivarens intyg bifogas ☐ 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.