

Fahrtkostenerstattung (Fahrt mit eigenem Personenkraftwagen)

Es können nur Fahrtkosten erstattet werden, die anfallen, um mobilitätseingeschränkten Personen die Teilnahme an inklusiven Maßnahmen/Regelsportangeboten/Inklusionssporttagen zu ermöglichen

Bezeichnung der inklusiven Maßnahme _____

Mitgliedsorganisation: _____

Name, Vorname (Fahrer*in): _____

Bitte tragen Sie nur Fahrten ein, die im **aktuellen Kalenderjahr** stattgefunden haben.

Fahrtgrund:		km gesamt
Fahrt von:	nach: und zurück	
Anzahl km:	Anzahl Fahrten:	
Sind Menschen mit Behinderung mitgefahren? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Fahrtgrund:		km gesamt
Fahrt von:	nach: und zurück	
Anzahl km:	Anzahl Fahrten:	
Sind Menschen mit Behinderung mitgefahren? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Fahrtgrund:		km gesamt
Fahrt von:	nach: und zurück	
Anzahl km:	Anzahl Fahrten:	
Sind Menschen mit Behinderung mitgefahren? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Fahrtgrund:		km gesamt
Fahrt von:	nach: und zurück	
Anzahl km:	Anzahl Fahrten:	
Sind Menschen mit Behinderung mitgefahren? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Summe km aller Fahrten	
-------------------------------	--