

Fahrtkostenerstattung (Fahrt mit eigenem Personenkraftwagen)

Es können nur Fahrtkosten erstattet werden, die anfallen, um **mobil eingeschränkten 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	
-------------------------------	--