

Nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen	Schule:		
	Klasse:		
	Erstattungsbeitrag		

Antrag auf Erstattung des Eigenanteils

Name, Vorname des/der Schülers/in	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort	Telefon

Nicht vom/von Antragsteller/in auszufüllen		
Stadt/Gemeinde	Sachbearbeiter/in:	
	Telefon:	
<input type="checkbox"/> Der Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) wird bestätigt.		
Ort, Datum	Siegel	Unterschrift

Ich bitte, den mir verauslagten Eigenanteil nach dem Lernmittelfreiheitsgesetz in Höhe von € _____ gem. beiliegender Quittung auf folgendes Konto zu überweisen.

Konto-Nr.	Geldinstitut	Bankleitzahl
-----------	--------------	--------------

Falls von obigen Angaben abweichend:

Name, Vorname des/der Kontoinhabers/in	Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort	Telefon

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------