

# ERSTATTUNG VON ENTLASTUNGSLEISTUNGEN (FÜR SIE SELBST)

Absender:

An:

*Datum*

## **Antrag auf Erstattung von Entlastungsleistungen**

Name des Pflegebedürftigen:

Versichertennummer des Pflegebedürftigen:

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte um Erstattung der von mir erbrachten Aufwendungen für Leistungen zur Unterstützung im Alltag.

Bitte überweisen Sie mir den Betrag in Höhe von  
auf folgendes Konto:

Euro

Anbei erhalten Sie eine genaue Aufstellung und Quittungen / Belege über den Betrag. Bitte bestätigen Sie mir kurzfristig den Eingang dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen

*(Unterschrift des Pflegebedürftigen)*

**Quittung über Erstattungsleistungen für:**

Name des Versicherten:

Versichertennummer:

Die Entlastungsleistungen wurden durchgeführt von:

Abrechnungszeitraum:					
	Datum	Leistung		Datum	Leistung
1.			9.		
2.			10.		
3.			11.		
4.			12.		
5.			13.		
6.			14.		
7.			15.		
8.			16.		

*(Unterschrift des Pflegebedürftigen, inklusive Datum)*

Stand: September 2021