

An

Bezirk Oberpfalz
-Sozialverwaltung-
Postfach 100165
93001 Regensburg

(Träger der Kindertageseinrichtung)

**Integrative Betreuung von Kindern mit (drohender) Behinderung in Kindertageseinrichtungen
Abrechnung lt. Vergütungsvereinbarung**

Kindertageseinrichtung: _____
(Name und Adresse der Kindertageseinrichtung)

Name des Kindes, Geburtsdatum	Zeitraum	Tgl. Buchungzeit	Anzahl Monate	Mtl. Vergütungssatz €	Abrechnungsbetrag €
Gesamtbetrag					

Wir bitten um Überweisung der Vergütung auf folgende Bankverbindung:

(Bankinstitut, IBAN, BIC)

Wir bestätigen, dass o.g. Kind/er wie angegeben betreut wurden und Anstellungs- sowie Qualitätsschlüssel eingehalten waren.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

