B E S T Ä T I G U N G

von der betreuenden Einrichtung/MA:in auszufüllen

Betreuungseinrichtung: _____

☐ Krabbelstube / ☐ Kindergarten / ☐ Hort / ☐ Internat / ☐ Tagesmutter

☐ sonstiges: _____

Hiermit wird die Betreuung von _____

Name des:der zu Betreuenden

geboren am: _____

wird im Zeitraum von/bis _____

von/bis _____

bestätigt.

K O S T E N A U F S T E L L U N G

Monat	Betreuungskosten ohne Essen
Jänner	€
Februar	€
März	€
April	€
Mai	€
Juni	€
Juli	€
August	€
September	€
Oktober	€
November	€
Dezember	€
Summe	€

Datum: _____

_____ _____

Unterschrift Stampiglie der Betreuungseinrichtung

1) Für jede Betreuungseinrichtung ist eine eigene Bestätigung auszufüllen.