

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ Ort _____

- Ratsmitglied
- Mitglied einer Bezirksvertretung
- Mitglied eines Ausschusses/einer Kommission

Stadt Münster
Amt für Bürger- und Ratsservice
48127 Münster
ratsservice@stadt-muenster.de

Ansprechperson
Sibylle Smolka
Telefon: 492 3361
E-Mail: smolka@stadt-muenster.de

Antrag auf Erstattung von Aufwendungen für die Kinderbetreuung und von pflegebedürftigen Angehörigen gemäß § 45 GO NRW in Verbindung mit der Entschädigungsverordnung

- Ich beantrage die Übernahme der Kosten für notwendige Kinderbetreuung (Minderjährige bis 14 Jahren) während der Ausübung des Mandates.

Mir sind Kosten in Höhe von _____ € für die auf der Rückseite aufgeführten Termine entstanden.

- Ich beantrage die Übernahme der Kosten für notwendige Betreuung eines pflegebedürftigen Angehörigen während der Ausübung des Mandates.

Mir sind Kosten in Höhe von _____ € für die auf der Rückseite aufgeführten Termine entstanden.

Die Hinweise im Merkblatt habe ich zur Kenntnis genommen. Ich erkläre hiermit, dass die Betreuungskosten in der angegebenen Höhe tatsächlich entstanden sind.

| | | |
|--------------------------|---|------|
| <input type="checkbox"/> | Ich bitte, die Entschädigung auf folgendes Konto zu überweisen: | |
| Kreditinstitut | BIC | IBAN |
| | | |

Datum, Unterschrift

