

\_\_\_\_\_  
**Name, Vorname**

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Straße**

\_\_\_\_\_  
**Telefon**

Feuerwehr Münster  
Verwaltung / Zi. 343  
York-Ring 25  
48159 Münster

### Antrag auf Ersatz von Verdienstaussfall / Vertretungskosten

Durch die Teilnahme

**am Lehrgang** \_\_\_\_\_

**Bezeichnung** \_\_\_\_\_ **von - bis** \_\_\_\_\_

ist/sind mir Verdienstaussfall/Vertretungskosten entstanden. Dabei habe ich \_\_\_\_\_ Stunden Arbeitszeit versäumt.

#### am Dienst in der Feuerwehr

Brandeinsatz \_\_\_\_\_ Hilfeleistung \_\_\_\_\_

Übung  Untersuchung  sonst. Veranstaltung \_\_\_\_\_

am	Uhrzeit von/bis	Stunden

Ich bin beruflich selbständige(r) \_\_\_\_\_  
(Art der Tätigkeit, Beruf)

Mein Verdienstaussfall / meine Vertretungskosten

<b>Stunden *)</b>	<b>Erstattung</b>
x <b>45,00 €</b>	= €

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Erstattung auf das Konto

<b>IBAN</b>	<b>Geldinstitut</b>

\*) Jede über den ersten Stundensatz hinausgehende angefangene halbe Stunde wird mit dem halben Stundensatz berechnet. Es werden maximal 10 Stunden erstattet.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Antragstellerin/  
des Antragstellers**