

Tabt arbejdsfortjeneste m.v. (Indsendes til forvaltningsområdet)

Navn	CPR-nr.
Adresse	

Har haft tabt arbejdsfortjeneste således:	Dato	Antal timer à
	Vedrørende	

Kørselsgodtgørelse	kr.	Øvrige udlæg ifølge bilag	kr.
Bankkontonr.		Bankens reg.nr.	Kopi af bikort vedlægges

Dokumentation

Ovenstående oplysninger bekræftes hermed	_____
	Arbejdsgivers stempel og underskrift
Arbejdsgivers dokumentation for tab af arbejdsfortjeneste vedlægges	

Godtgørelsesmodtager

_____	_____
Dato	Underskrift

For organisations-/afdelingsbestyrelse

_____	_____
Dato	Underskrift

Udfyldes af KAB

System nr.	Systemnavn
Konto nr.	Anvisning/godkendelse