

Anschrift der Erziehungsberechtigten	
Vorname, Name:	Telefon-Nummer:
Straße, Nr.:	E-Mail:
PLZ, Ort:	
<b>LWL-Landesjugendamt  Referat 30 – SB 340  Warendorfer Straße 25  48133 Münster</b>	
<b>Antrag</b> auf Übernahme der Kosten für eine ärztliche Stellungnahme	
<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>hiermit beantrage/n ich/wir für mein/unser Kind ....., geb. .... ,</p> <p>die Erstattung der Kosten für die ärztliche Stellungnahme vom .....  von .....EUR auf mein/unser Konto Nr. ....  bei der (Name der Bank) ....., BLZ.....</p> <p>Die Arztrechnung ist in Kopie beigelegt.</p> <p>Mir/uns ist bekannt, dass eine Erstattung nur dann möglich ist, wenn ich/wir laufende Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II oder XII erhalte/n.</p> <p>Ein entsprechender Leistungsbescheid ist diesem Antrag in Kopie beigelegt.</p> <p>Mit freundlichen Grüßen</p> <p>_____</p> <p>(Unterschrift)</p>	
<b>Anlagen:</b> Kopien der Arztrechnung und des Leistungsbescheides nach dem SGB	