



PERHEHOIDON ERIKSEEN KORVATTAVAT KUSTANNUKSET

(Hakemukseen liitettävä maksetut kuitit sekä alkuperäiset tositteet)

Perhehoitaja	Henkilötunnus
Tilinumero	Puhelin
Osoite	

Terveystoimennot esim. silmälasit, tai lapsen säännöllisesti käyttämät lääkärin määräämät reseptilääkkeet, sekä muut sairaudesta ja terapiakäynneistä aiheutuneet kulut.

Pvm.	Lapsen nimi	Hinta yht.	Sairaus, johon kustannus liittyy

Muut erityiset menot Erityisten menojen laskuttamisesta sovittava etukäteen

Pvm.	Lapsen nimi	Hinta yht.	Mikä kustannus	Kenen kanssa sovittu

Paikka ja pvm. _____

Allekirjoitus _____

Kustannusten korvausta voi hakea enintään 2 kuukauden jaksoissa kerrallaan. Edellisen vuoden kustannuksia koskeva korvaushakemus on toimitettava tammikuun 1.viikolla.

Päätösnumero _____

Matkakorvaukset/ 4354.026435

Hyväksyjä _____

Sosiaali- ja terveystoimen palvelut
Sijais- ja tukiperhetyö
Keskuspuistokatu 30
94100 Kemi

