



# Linköpings kommun

Överförmyndarenheten

## BEGÄRAN OM ERSÄTTNING FÖR KOSTNADER I UPPDRAGET

Huvudman	Personnummer
Ställföreträdare	Personnummer

### Arvodesbegäran avser perioden

Fr o m	T o m
--------	-------

### Körjournal

Datum	Resor km	Övriga resor *	Resmål och ändamål
<b>Summa</b>			

\*) Exempelvis kollektiva resor

Besöksadress: S:t Larsgatan 41 Linköping Postadress: Linköpings kommun Överförmyndarenheten,  
581 81 Linköping Växel: 013-20 60 00 Telefon: 013-20 69 99 Fax: 013-20 59 61  
E-postadress: [overformyndarenheten@linkoping.se](mailto:overformyndarenheten@linkoping.se) [www.linkoping.se](http://www.linkoping.se)

**Kostnadsersättning (OBS! Bifoga kvitton)**

(Begär du **mer** kostnadsersättning än schablonen på 2 % av prisbasbeloppet måste du här redovisa samtliga kostnader som du kräver ersättning för).

Datum	Kronor	Ersättning för
<b>Summa</b>		

Härmed intygas att uppgifter som lämnats är riktiga

**Underskrift**

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

**Överförmyndarens noteringar**

--