



UTBETALNINGSVERIFIKATION

Kvitto på betalning och recept måste bifogas, när det gäller barn under 18 år ska målsmans uppgifter fyllas i.

Personnummer (ååååmmddnnnn)	
Mottagarens namn	
Mottagarens adress	
Postadress	
Telefonnummer	
Fakturanr (bet avser 27tkn)	
Orsak till återbetalning (50tkn)	Glasögonbidrag
Bidrag avser (ange personnummer på den bidraget avser)	
Ev extra text (max 50 tkn)	
Totalbelopp	
Referens (kostnadsställe)	50140