



Ansökan om återbetalning/reducering av avgiften

Vid frånvaro på grund av att barnet varit sjukt i mer än 30 dagar i följd. Återbetalning/reducering kan ske med högst 50 % av ordinarie månadsavgift. Skriftlig ansökan skall vara kommunen tillhanda senast månaden efter.

Namn fakturamottagare		Personnummer	
Kontonummer för återbetalning		Telefon nummer	
Ort/datum	Fakturamottagarens underskrift		

Barnets namn		Personnummer	
Barnets placering (enhet/familjedaghem)	Frånvaro pga sjukdom from (datum)	Frånvaro pga sjukdom tom (datum)	

Ifylles av Barn- och utbildningskontoret

Avgift erlagd	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Totalt antal frånvarodagar	st	
Återbetalning för	dagar	
Månadsavgift	kronor	
Återbetalt belopp	kronor	
Handläggare		
Ort/datum	Underskrift	

Återbetalning av barnomsorgsavgift:

Godkänns Godkänns ej

Anledning till avslag:

Skolchef

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------

IFYLLD BLANKETT SKICKAS TILL:

Robertsfors kommun, Barn- och utbildning, Storgatan 13, 915 81 ROBERTSFORS