



Begäran om ersättning för särskilda kostnader för funktionshindrad förtroendevald

Förtroendevalds namn	Personnummer
----------------------	--------------

Ersättning utgår för särskilda kostnader som föranletts av uppdraget som kommunalt förtroendevald.

Kvitton på kostnaderna, samt kopia på attesterat underlag för sammanträdes- eller förrättningsarvode ska bifogas.

Nämnd/Utskott	Datum	Förrättningen började klockan	Förrättningen slutade klockan

Jag har haft följande särskilda kostnader

Kostnaden härrör till (ange orsak)	Kostnad i kronor
Summa kostnad	

Underskrift av förtroendevald

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

Blanketten lämnas in till sekreteraren för nämnden/utskottet

Underskrift Nämnd/utskottssekreterare
