

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Aktenzeichen (sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

Landkreis Rotenburg (Wümme)  
- Sozialamt -  
Hopfengarten 2

27356 Rotenburg (Wümme)

## Angaben zur Teilnahme an der Mittagsverpflegung im Monat \_\_\_\_\_

Bezeichnung des Monats

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Schule/Tageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Schule/Tageseinrichtung/Kindertagespflegestelle

Tag	Betrag (€)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

Tag	Betrag (€)
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	

Tag	Betrag (€)
23.	
24.	
25.	
26.	
27.	
28.	
29.	
30.	
31.	

Summe:

Ich versichere pflichtgemäß die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Ein Nachweis über die vorstehend geltend gemachten Kosten liegt dieser Erklärung bei. Ich bitte um Erstattung des von mir verauslagten Gesamtbetrages.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers (der Antragstellerin)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigen Antragsteller(inne)n