

| | | | |
|-----------------------|-------------------------|-------------------|------|
| Beihilfe Personal Nr. | Dienststellen Pers. Nr. | Dienststellen Nr. | HHST |
| | | | |

vom _____

Name, Vorname, Amtsbezeichnung

| Vom / Von Antragsteller / in auszufüllen: | | | | | | Bemerkungen | |
|---|----------------|--|--|-----------------|---|-------------|-------------------------------|
| Beleg Nr. | Rechnungsdatum | 1) 2) Art/ Empfänger /in der Leistung | | Rechnungsbetrag | | | Leistungen von Versicherungen |
| | | | | Euro | % | Euro | |
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | |
| | Abschlag | | | | | | |
| | | Summe | | | | | |

1) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 100 = Arztkosten | 160 = Sehhilfe | 400 = Heilkur | 640 = Vollstationäre Pflege |
| 110 = Fahrtkosten | 170 = Sonstige Hilfsmittel | 410 = Sanatoriumsbehandlung | |
| 120 = Heilpraktiker | 200 = Stationäre Arztrechnung | 500 = Geburtskosten | |
| 130 = Physiotherapie | 210 = Stationäre Unterkunft | 510 = Sterbekosten | |
| 140 = Psychotherapie | 300 = Zahnbehandlung | 600 = Ambulante Pflege | |
| 150 = Arzneimittel | 320 = KFO Behandlung | 620 = Kurzzeitpflege | |

2) Bitte folgende Abkürzungen verwenden:

| | |
|-------------------|-----------------|
| 01= Antragsteller | 03= Kind 1 |
| 02= Ehegatte | 04= Kind 2 usw. |