Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Auswahl des RV-Trägers

Deutsche Rentenversicherung

Antrag auf Fahrkostenerstattung anlässlich der Teilnahme an Leistungen zur Nachsorge im Anschluss an eine Kinderrehabilitation

Hinweis: Sofern anlässlich der Teilnahme an Leistungen zur Nachsorge Fahrkosten für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder eines privaten Kraftfahrzeugs entstehen, beteiligt sich der Rentenversicherungsträger mit einer Pauschale von 5 EUR je Termin an diesen Kosten. Wenn das Kind beziehungsweise die / der Jugendliche begleitet werden musste und dadurch doppelte Fahrkosten entstanden sind, können pro Termin zwei Pauschalen abgerechnet werden.

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau

Angaben zur Person, aus deren Versicherung die Nachsorge erbracht wurde

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Angaben zur Person des Kindes

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Unbedingt vom Nachsorgeanbieter auszufüllen und zu bestätigen:

Leistung zur Nachsorge im Zeitraum vom Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Anzahl der Termine: _____

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Nachsorgeanbieters

G4910-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung erbracht wurde	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Erklärung:

Das Kind / der Jugendliche hatte an _____ Terminen wegen der Teilnahme an der Nachsorge Fahrkostenaufwendungen.

Die Begleitperson hatte an _____ Terminen wegen der Teilnahme des Kindes / des Jugendlichen an der Nachsorge Fahrkostenaufwendungen.

Hiermit beantrage ich für diese Termine die Auszahlung der Fahrkostenpauschale in Höhe von jeweils 5 EUR.

Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben eine Rückforderung zur Folge haben.

Ich bitte, den Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number) **D E**	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

G4910-00 DRV
Version 01001 - EGKJRH 1/2020 - Stand 10.07.2020