



Ersättning för resekostnader funktionshindrad förtroendevald

Namn	Personnummer
Nämnd/styrelse:	

Ersättning för resekostnader, funktionshindrad

Datum	Kostnad

Kvitton bifogas

Datum:	Förtroendemens underskrift:
Datum:	Attest:

Ev avvikande kontering

Ansvar	Verks.het	Akt	Proj	Obj	Motp