
Name, Vorname

Datum

Straße

PLZ/Ort

Telefon / Mobilnummer

E-Mail

An das
Amt für Jugend und Familie
der Landeshauptstadt Mainz
Abt. Kindertagesstätten / Kindertagespflege
Kaiserstraße 3 – 5
55116 Mainz

Antrag zur hälftigen Erstattung der angemessenen Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit stelle ich den Antrag zur hälftigen Erstattung der Kosten meiner Krankenversicherung für das Jahr _____.

Folgende Unterlagen habe ich beigefügt:

_____ Bescheid der Krankenversicherung

Hinweis: Wir bitten um Einreichung eines Zahlungsnachweises für jeden Monat am Ende des Abrechnungsjahres (z.B. durch Kontoauszüge/Beitragsbescheinigung)

Unterschrift _____