



ETS Barneverntjeneste
Evenes, Tjeldsund og Skånland kommune

REGNING FRA BESØKSHJEM

Navn: _____

Telefon: _____

Adresse: _____

Lønnsnr: _____

Postnr./sted: _____

Kontaktpers: _____

Skattekommune: _____

Antall døgn pr. mnd. _____

OPPLYSNINGER OM BARNET/BARNA

Barnets/ barnas navn: _____

GODTGJØRING – SPESIFISERT

Leveres innen den 20. hver mnd.

Dato	Tekst	Antall barn	Antall døgn

Antall døgn: _____ à kr. _____ Til sammen kr. _____

DIVERSE UTGIFTER

Spesifisert kvittering vedlegges

Dato	Utgiftens art	Beløp

Totalsum utbetales på lønnssystemet den 12. i hver mnd.

Besøkshjemmets underskrift

Attestert (dato og underskrift)