

Anlage 4

Landkreis Havelland  
SG 51.1  
Platz der Freiheit 1  
14712 Rathenow

**Antrag auf Erstattung nachgewiesener Aufwendungen der Unfall, Kranken- und Rentenversicherung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 3 und 4 SGB VIII**

Ich beantrage:

- die hälftige Erstattung meiner Kranken- und Pflegeversicherung
- die hälftige Erstattung meiner Rentenversicherung
- Erstattung meiner Unfallversicherung

Persönliche Daten der Tagespflegeperson:

Name, Vorname.....

Anschrift: .....

IBAN: .....

BIC: .....

Steueridentifikationsnummer: .....  
(bitte unbedingt angeben)

**Hinweis:**

Die Erstattung der oben beantragten Versicherung erfolgt nur in Verbindung mit dem Beitragsbescheid des jeweiligen Versicherungsträgers.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift