

# Landkreis Schaumburg

- Der Landrat -

Lfd. Nr.: .....

Eingegangen am:

.....

Amt für Schulen, Sport und Kultur  
Jahnstr. 20  
31655 Stadthagen

Auskunft erteilt: Herr Bauer  
Herr Witt  
Tel.-Durchwahl: (05721) 7 03-315 / 316  
Fax: (05721) 7 03-390  
E-Mail: schulamt.40@landkreis-schaumburg.de

## Antrag auf Erstattung von Schülerbeförderungskosten

Bitte sorgfältig ausfüllen!

Erstattungszeitraum

Schuljahr \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Jan.	Feb.	Mrz.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.
------	------	------	------	-----	------	------	------	------	------	------	------

### Schülerin / Schüler

Name, Vorname .....	Schulform .....
Geburtsdatum .....	Schulort .....
Klasse .....	Beförderungsmittel .....

### Bestätigung der Schule

Hiermit wird bescheinigt, dass die Schülerin / der Schüler die Schule in \_\_\_\_\_  
Klasse \_\_\_\_\_ im Erstattungszeitraum regelmäßig besucht hat.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Stempel / Unterschrift der Schule)

### Kontoinhaberin / Kontoinhaber

Name, Vorname .....	Bank / Sparkasse .....
Straße / Haus Nr. ....	.....
PLZ / Ort .....	Bankleitzahl .....
Telefon .....	Kontonummer .....

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers)

### Hinweise

1. Der Erstattungszeitraum sollte mindestens 3 Monate betragen.
2. Kosten werden nur anerkannt, wenn sie anhand von **Fahrkarten** nachgewiesen werden. Diese **sind auf Folgeblätter aufzukleben**.
3. Es werden nur die Kosten erstattet, die für den Besuch der **nächstgelegenen** Schule, die den gewählten Bildungsgang anbietet, entstehen. Sollte eine andere Schule besucht werden, ist eine Begründung erforderlich.
4. **Die nachgewiesenen Fahrtkosten werden nur im notwendigen Umfang anerkannt.**  
Es sind jeweils die günstigsten Linien und Tarife zu nutzen.
5. **Antragsfrist**  
Die Erstattungsbeiträge sollen spätestens bis zum 30. September für das jeweils abgelaufene Schuljahr eingereicht werden.

**Bitte nicht ausfüllen !**

Der Antrag wird – nicht – wie folgt – anerkannt :

Monat	Monatskarten	Wochenkarten	Einzelkarten	./ Eingenbeteilig.	€
Zu erstattender Betrag :					

Stadthagen, den \_\_\_\_\_ / Nz.

.....

**Berechnung:**

.....

Kassenanordnung über \_\_\_\_\_ € erteilt

Haushaltsstelle : 29000 . 639000 Hj.:

Belegnummer : \_\_\_\_\_

Stadthagen, den \_\_\_\_\_

Ausgef. .... Nz.

Abges. .... Nz.

\_\_\_\_\_  
(Namenszeichen des Anordnungsberechtigten)