

Name, Vorname des Antragstellers

Anschrift

Eingangsstempel der LFD-ZG

Thüringer Landesfinanzdirektion
Zentrale Gehaltsstelle
Referat B 9 - Dienstunfallfürsorge
Postfach 90 04 51
99107 Erfurt

Datum

Arbeitsgebiet Personal-Nr.

Kostenrückerstattungsantrag

Am hatte ich einen Unfall, der als Dienstunfall im Sinne des § 30 ff BeamtVG anerkannt wurde.

Für die von mir verauslagten Heilbehandlungskosten*), die im Zusammenhang mit dem Dienstunfall entstanden sind, bitte ich um Erstattung in Höhe von:

€

Die entsprechenden Belege sind im Original beigelegt.

Das Heilverfahren ist ist noch nicht abgeschlossen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben und bitte um Rückerstattung auf mein Gehaltskonto.

Unterschrift

*) Antrag für Sachschadenerstattung muss bei der Anerkennung mit vorgelegt werden.