



**aza**  
Fachkräfte im  
Gesundheitswesen

## Reisekostenabrechnung

Monat / Jahr: \_\_\_\_\_ Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort, Adresse: \_\_\_\_\_

Kunde, Einsatzort: \_\_\_\_\_

Unterkunft, Übernachtung: \_\_\_\_\_

Datum / Tag	Fahrtstrecke Hinfahrt / Rückfahrt zwischen Wohnort, Einsatzort und Unterkunft	Gefahrene Km
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

Unterschrift Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben, die angegebenen Kilometer bin ich tatsächlich selbst gefahren.