Kurzzeitpflege

Name der Einrichtung: ______________________
Anschrift: ______________________
Ansprechpartner: ______________________
Tel.: ______________________
E-Mail: ______________________

Abrechnungsmonat: ______________

IBAN: ______________
BIC: ______________
Kreditinstitut: ______________

Antrag auf Investitionskostenförderung gem. §13 Alten- und Pflegegesetz NRW

Rechnungsnummer: __________

Berechnungstäglicher Wert: ______________

Name des Gastes:	Vorname:	Geb.:	Meldeanschrift bei Aufnahme:	Pflegegrad:	Aufnahmetag:	Entlassungstag:	Aufenthaltsdauer in Tagen:	Investitionskosten je Gast:

Übertrag: ______________