

**i** Blanketten fylls i av serviceproducenten.

**Ansökningstid:** 2 månader efter given service

### 1. Uppgifter om rehabiliteringsklienten

Personbeteckning                      Efternamn och förnamn

### 2. Specifikation av kostnaderna

Faktureringsgrund/prisslag	För tiden	Å-pris	Ggr/Dgr	Sammanlagt
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €
_____	_____	_____ €	_____	_____ €

Kostnader totalt \_\_\_\_\_ €

### 3. Övriga upplysningar

---

---

### 4. Serviceproducent/terapeut

---

Namn	FO-nummer/Personbeteckning
------	----------------------------

---