



MATKALASKU v. 20__
Erityishuolto-ohjelman
perusteella korvattavasta matkasta

Kotikunta _____
(maksaja)

Erityishuoltona järjestetyn kuljetuksen pvm/aika: _____

Kuljetuksen, matkan syy: _____

Asiakas: _____ Sotu: _____

Osoite: _____ Puh. _____

Tilinumero: _____

Matkareitti: _____

Kulkuväline	Henkilöauto 0,25 €/km	Linja-auto	Taksi
km			

(kopioid maksetuista matkalipuista/kuiteista on liitettävä matkalaskuun liitteeksi)

Matkakustannukset _____ Euroa

Laskuttajan allekirjoitus

Työntekijän allekirjoitus

Matkalasku toimitetaan Jämsän kaupungin vammaispalveluun

Jämsän kaupunki

Sosiaali- ja terveystoimi

Vammaispalvelut

Kelhäncätku 3

42100 Jämsä

(Kotikunta täyttää)

_____ 20_____

Hyväksyjän allekirjoitus

Menokohta: _____

Summa: _____

Maksetaan tilille: _____