

Hakemus saattokorvauksesta hammashoitokuljetuksissa

Oppilaan nimi ja henkilötunnus:			
Kotiosoite:			
Huoltajan nimi ja osoite, jos eri kuin lapsen:			
Huoltajan puhelinnumero:			
Huoltajan tilinumero:			
Koulu:			Luokka:
Hammashoitola:		Pvm:	Klo:
Matkustustapa:	☐ Julkinen kulkuneuvo	Matkalippujen hinta yhteensä euroa	
	☐ Oma auto	Oman auton käytön syy:	
	Taksi	Ellei julkista kulkuneuvoa tai omaa autoa ole käytössä	
Matkan pituus koulun osoitteesta hammashoitolaan		km yhteen suuntaan	
Haen:		yhdensuuntaisen matkan korvausta	kahdensuuntaisen matkan korvausta
Lisätietoja:			
Paikka, päivämäärä ja hakijan allekirjoitus:			
Hyväksyntä			
☐ Saattokorvaus		euroa myönnetään	
☐ Saattokorvausta ei myönnetä, syy:			
Palveluryhmän ylihammaslääkäri, nimenselvennys, aika ja paikka			