



Reisekostenabrechnung

**Amtsgericht Schwabach**

Frau Direktorin des Amtsgerichts  
 Christine Wehrer  
 - persönlich -

Weißenburger Straße 8  
 91126 Schwabach

**Anlass der Reise:**

Veranstaltung, Datum, Ort
Teilnahme als <input type="checkbox"/> Mitglied des Landesvorstandes <input type="checkbox"/> Referent <input type="checkbox"/> Redaktionsmitglied <input type="checkbox"/> Kassenprüfer  <input type="checkbox"/> Delegierter für Bezirks-/Fachverband _____

**Persönliches**

Name	Vorname
Dienstbezeichnung	Bezirksverband/Fachverband
Anschrift	
IBAN DE ____ _	

**Tagegeld**

Reisedauer <b>bei eintägiger Reise</b> mehr als <input type="checkbox"/> 6 Stunden                      4,50 € <input type="checkbox"/> 8 Stunden                              7,50 € <input type="checkbox"/> 12 Stunden                            15,00 €	Anzahl der Reisetage <b>bei mehrtägiger Reise</b> mit mehr als 6 Stunden                      _____ € x <input type="checkbox"/> 6,50 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 5,20 € <sup>2</sup> _____ € mehr als 8 Stunden                      _____ € x <input type="checkbox"/> 11,00 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 8,80 € <sup>2</sup> _____ € mehr als 12 Stunden                      _____ € x <input type="checkbox"/> 21,50 € <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 17,20 € <sup>2</sup> _____ € <small><sup>1</sup> Übernachtung o. Frühstück <sup>2</sup> Übernachtung m. Frühstück</small>
<b>Betrag</b> _____ €	<b>Summe</b> _____ €

## Übernachtungsgeld

Anzahl der Übernachtungen _____	Kosten der Übernachtung pro Tag _____ €
Übernachtung <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Frühstück	<b>Summe</b> _____ €

## Reisekosten (Öffentliche Verkehrsmittel oder Pkw)

Fahrkarten _____ €	Gefahrene Kilometer _____ km x 0,40 € _____ €
Zuschläge _____ €	Parkgebühren _____ €
Kosten für Zu- und Abgang _____ €	Namen der Mitreisenden und Mitnahmestrecke: _____ _____ km x 0,02 € _____ € _____ _____ km x 0,02 € _____ € _____ _____ km x 0,02 € _____ €
<b>Summe</b> _____ €	<b>Summe</b> _____ €

**Erstattungsbetrag** (Summe aller grau hinterlegten Felder)

\_\_\_\_\_ €

Ort, Datum

Unterschrift

### Hinweis:

Das ausgefüllte Formular kann zusammen mit den Belegen auch per E-Mail eingereicht werden. Eine handschriftliche Unterschrift ist dann nicht zwingend erforderlich. Tragen Sie in diesem Fall lediglich Ihren Vor- und Nachnamen maschinenschriftlich in das Feld „Unterschrift“ ein. Bitte übersenden Sie die Unterlagen in elektronischer Form an [kasse@bayrv.de](mailto:kasse@bayrv.de).