
(Name, Vorname, Dienstbezeichnung)

(Geburtsdatum)

(Datum)

(Anschrift)

(Kenn-/Personalnummer)

Antrag auf Abschlagszahlung

Für eine zu erwartende Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung

1 Erkrankte Person

--	--	--

Ich bitte um Anerkennung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen aus Anlass einer Mutter- / Vater-Kind-Kur in _____, die nach dem beigefügten Attest zwingend notwendig ist.

Geplanter Kurbeginn: _____ Letzte Kurmaßnahme: _____

Mir ist bekannt, dass die zwingend notwendige Mutter- / Vater-Kind-Kur innerhalb von vier Monaten nach Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Festsetzungsstelle angetreten werden muss.

Ich versichere, dass ich in den vorausgegangenen 3 Jahren ununterbrochen im öffentlichen Dienst beschäftigt war und mein Dienstverhältnis voraussichtlich nicht vor Ablauf eines Jahres nach Durchführung der Heilkur enden wird.

(Unterschrift)

Anlage: 1 ärztliche Bescheinigung
