Helsinki
Helsingfors

TUKIHENKILÖN KULUT VAMMAISTYÖSSÄ
Sosiaali- ja terveystoimi

KOSTNADER AV STÖDPERSON INOM HANDIKAPPARBETE
Social- och hälsovårdsektorn

ASIAKAS KUND	Nimi - Namn	Syntymäaika - Födelsetid
TUKIHENKILÖ STÖDPERSON	Nimi - Namn	Henkilötunnus - Personbeteckning
	Osoite - Adress	
	Puhelinnumero - Telefonnummer	Sähköpostiosoite - E-postadress
	Tilinumero IBAN-muodossa - Kontonummer i IBAN-format	
SOSIAALI-TYÖNTEKIJÄ SOCIALARBETARE	Nimi - Namn	
SELVITYS KULUISTA UTREDNING ÖVER KOSTNADER	Erittely kustannuksista - Utredning över kostnader	
		Yhteensä - Tillsammans
TUKIHENKILÖN ALLEKIRJOITUS STÖDPERSONENS UNDERSKRIFT	Paikka ja päivämäärä - Ort och datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underteckning och namnförtydligande
VIRANOMAINEN TÄYTTÄÄ FYLLS I AV MYNDEGHETEN	HYVÄKSYTÄÄN MAKSETTAVAKSI EUROA YHTEENSÄ GODKÄNNS FÖR BETALNING EURO SAMMANLAGT	
	Hyväksymispäivämäärä Datum för godkännande	Hyväksyjän allekirjoitus - Godkännarens underskrift

303-150 12.4.2018

Tulosta - Skriv ut **Tyhjennä - Töm**