

STÖDPERSON/-FAMILJ

BYRÅSEKRETERAREN FYLLER I

Beslutsnummer	Beslutet gäller för tiden
Arvode/Timlön	Bokföringskonto
Kostnadsersättning	Bokföringskonto
Kilometerersättning	Bokföringskonto

Godkänt

_____._____.20_____
Datum

Socialarbetarens underskrift