Vorname Name Absender/in

Funktion Absender/in

Adresse Absender/in

PLZ Ort Absender/in

Tel. Absender/in

 PLZ Ort, 2. August 2024

 Gemeinde Name Gemeinde

 Zusatzleistungsstelle zur AHV/IV

 Adresse

 PLZ Ort

**Name Vorname ZL-Bezüger, AHV-Nr.** **Nummer,** **Adresse,** **PLZ Ort ZL-Bezüger**

**ZL-Rückerstattungen für Arztrechnungen / Selbstbehalte / Zahnarzt etc.**

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Beilage senden wir Ihnen Belege für die selbstgetragenen Krankheitskosten. Wir bitten Sie um Übernahme dieser Kosten.



Die Rückerstattung wollen Sie direkt auf das Privatkonto IBAN-Nr. Nummer von Name Vorname Berechtigte Person bei der Name Bank, überweisen.

Für Ihre Bemühungen danken wir Ihnen bestens.

Freundliche Grüsse

Vorname Name Absender/in

Beilagen

* Legitimationsausweis Absender (Vollmacht, Ernennungsurkunde)
* Leistungsabrechnungen der Krankenkasse
* Ev. Zahnarztrechnungen
* Ev. Sanitätstransport-Rechnungen
* Ev. Spitex-Rechnungen etc.

Vorname Name Absender/in

Funktion Absender/in

Adresse Absender/in

PLZ Ort Absender/in

Tel. Absender/in

 PLZ Ort, 2. August 2024

 Gemeinde Name Gemeinde

 Zusatzleistungsstelle zur AHV/IV

 Adresse

 PLZ Ort

**Name Vorname ZL-Bezüger, AHV-Nr. Nummer, Adresse, PLZ Ort ZL-Bezüger**

**Kostengutsprache Zahnbehandlung, Kostenvoranschlag Nr.** **Nummer vom** **Datum**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die oben erwähnte Person bezieht Ergänzungs-/Zusatzleistungen. Von Titel Name Zahnarzt habe ich den Kostenvoranschlag Nr. Nummer vom Datumerhalten.

Ich bitte Sie diesen zu prüfen und mir mitzuteilen, ob diese Kosten von Ihnen übernommen werden.

Besten Dank für Ihre wohlwollende Prüfung.

Freundliche Grüsse

Vorname Name Absender/in

* Legitimationsausweis Absender (Vollmacht, Ernennungsurkunde)
* Kostenvoranschlag