

MAKSUOSOITUS OMAISHOITAJAN SIIJAISELLE

Lomake toimitetaan omaishoidon vastuuhenkilölle

Kuukausi _____ 20____

Omaishoidettavan tiedot

Nimi _____

Hetu _____

Sijaishoitaja

Nimi _____

Hetu _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Tilinumero _____

Sijaishoitoaika

Alkanut pvm

Päätynyt pvm

Yhteensä

_____ - _____

_____ - _____

_____ - _____

_____ - _____

Päiväys ja allekirjoitus

Omaishoitajan vastuuhenkilö täyttää

Palkkio _____

Siirretty maksuun, pvm _____

Asiatarkastaja ja pvm _____

Toimistosihteerin allekirjoitus _____

Hyväksyjän allekirjoitus _____