***Ihr Name I Straße I Ort***

***(Ihr Name)***

*Straße*

*(PLZ und Ort)*

Telefon: *(freiwillig für Rückfragen)*

Email: *(freiwillig für Rückfragen)*

|  |
| --- |
| **Anschrift ihrer Pflegekasse**Muster Straße 129, 55555 Musterdorf |

*(Datum)*

00.00.00

**Stromkostenerstattung für elektrisch betriebene Hilfsmittel**

**Versichertennummer:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

von ihnen habe ich nachfolgend aufgelistete elektrisch betriebene Hilfsmittel genehmigt bekommen, diese benutze ich regelmäßig.

Bitte erstatten Sie mir die Stromkosten meines Hilfsmittels für folgenden Zeitraum:

1. **(Name des Hilfsmittels, z. B. Pflegebett)**

Nutzungszeitraum: vom (*Tag,* *Monat und Jahr*) – bis zum (*Tag,* *Monat und Jahr*)

Tägliche Nutzungsdauer bzw. Aufladezeit in durchschnittlicher Stundenzahl: \_\_\_\_\_\_

an wie vielen Tagen im Jahr: \_\_\_\_

1. **(Name des Hilfsmittel, z. B. Lifter)**

Nutzungszeitraum: vom (*Tag,* *Monat und Jahr*) – bis zum (*Tag,* *Monat und Jahr*)

Tägliche Nutzungsdauer bzw. Aufladezeit in durchschnittlicher Stundenzahl: \_\_\_\_\_\_

an wie vielen Tagen im Jahr: \_\_\_\_

**Angaben zur Bankverbindung**

Bitte überweisen Sie den Betrag auf folgendes Konto:

**IBAN:** DE

**Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:**

**Nur für Bankverbindungen im Ausland:**

IBAN:

BIC:

Bankname:

Name des Kontoinhabers/der Kontoinhaberin:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Dies ist ein Musterbrief für Briefumschläge mit Fenster.