**Anlage zum zahlenmäßigen Nachweis**

Nachweis der Mehrausgaben zur Mobilität mit Behinderung oder chronischer Erkrankung gemäß Nachbewilligung vom Datum

|  |
| --- |
| **Mehrausgaben (inkl. Ausgaben für eine evtl. Begleitperson)** im Projekt Projekt-ID für Name, Vorname |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lfd. Nr.** | **Bezug Lfd. Nr. Belegliste / Teilnehmer-liste** | **Ausgabenart /** **Ausgabenspezifikation** | **Bewilligte Ausgaben** | **Tatsächliche Ausgaben**  | **Minderausgaben** | ***Bemerkung***  |
|  |  |  | **(Euro)** | **(Euro)** | **(Euro)** |
| 1. | Bitte angeben | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 2. | Bitte angeben | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 3. | Bitte angeben | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 4. | Bitte angeben | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 5. | Bitte angeben | Bitte auswählen | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 6. | Bitte angeben | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 7. | Bitte angeben | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 8. | Bitte angeben | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 9. | Bitte angeben | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| 10. | Bitte angeben | Bitte angeben | Betrag | Betrag | Betrag | Bitte angeben |
| **Summe** | Betrag | Betrag | Betrag*(im vollen Umfang zurückzuzahlen)* |  |