



## **Antrag auf Beteiligung an den Kosten für schulzahnärztliche Kontrollen und Behandlungen**

Rechnung von Zahnarzt/Zahnärztin (Name): .....

Datum der Rechnung: ..... Rechnungsbetrag: CHF.....

### **1. Angaben zum Kind:**

Name: ..... Vorname:.....

Geb.-Datum: .....

Strasse, Nr.: ..... PLZ, Ort:.....

### **2. Angaben zu den Eltern:**

*Nur der/die Elternteil(e) oder Erziehungsberechtigte, bei welchem das Kind den offiziellen Wohnsitz hat, muss/müssen angegeben werden.*

#### Vater:

Name: ..... Vorname:.....

Geb.-Datum: .....

Tel.-Nr.: ..... Mail-Adresse: .....

#### Mutter:

Name: ..... Vorname:.....

Geb.-Datum: .....

Tel.-Nr.: ..... Mail-Adresse: .....

### **3. Zahlungsverbindung (oder QR-Code beilegen)**

IBAN: .....

Konto lautend auf: .....

**Datum:**

**Unterschrift(en):**

---

#### Beizulegen sind:

- Betroffene Rechnung
- Leistungsabrechnung der Krankenkasse, dass keine Kosten (oder nur ein Teil davon) übernommen werden
- Bestätigung, dass die Rechnung bereits bezahlt ist
- Letzte definitive Steuerveranlagung (bei Quellensteuer: Lohnausweis(e) des Vorjahres)