**50. deutsch – japanischer Sportjugend – Simultanaustausch 2023**

Gruppe:

|  |  |
| --- | --- |
| Name der behandelten Person: |       |
| Diagnose des Arztes oder Krankheitsbezeichnung nach eigenem Wissen |       |
| Behandlungstage |       |
| Art der durchgeführten Behandlung nach eigenem Wissen |       |
|  |  |  |
| Behandlungskosten | Beleg Nr. | Betrag in Yen |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| Betrag Insgesamt |       |

Ich habe die o.g. Behandlungskosten verauslagt und bitte um die Überweisung auf mein Konto:

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber:      |  |
| IBAN:      |  |
| Bank:       |  |

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|      ,       |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

Anlage:

- Diagnose (Original)

- Belege über die Behandlungskosten Stand: Februar 2023