

# ANTRAG

## REISEKOSTEN

(gültig ab 04.10.2022)

Rheinbahnstraße 3  
65185 Wiesbaden  
Tel.: 0611/341 91 24  
Fax: 341 91 30

**Einreichungsfrist: innerhalb von 4 Monaten!**  
**Pro Anlass nur ein Antrag!**

Name: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Reiseziel: \_\_\_\_\_

Reisebeginn: \_\_\_\_\_ Reiseende: \_\_\_\_\_  
Datum / Uhrzeit Datum / Uhrzeit

Anlass: \_\_\_\_\_

### Fahrtkosten (ab / bis Landesgrenze Hessen)

**Bahn,  
öffentl. Nahverkehr, Taxi** €

**Auto**  
0,30 €/km. (0,32 €/km bei Mitnahme einer Kollegin/eines Kollegen) €

**Hotel** €  
abzüglich \_\_\_\_ x Frühstück (5,60 €)  
abzüglich \_\_\_\_ x Mittag-/Abendessen (je 11,20 €) €

**Verpflegungsmehraufwendung** €  
Pro Reisetag ,Abwesenheit von mehr als 8 Std. 14 €, 24 Std. 28 €

**Sonstiges/Auslagen/Parkgebühren** €

Es wird **Honorarausfallentschädigung** (höchstens 200,00 €) in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
beantragt.

*Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweis/Erklärung beifügen!*

Nachweis über Gehaltsabzug bzw. Honorarausfall erfolgt durch

Gehaltsabrechnung  Arbeitgeber-Mitteilung  
über gekürzte Pauschale  Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass mir durch die Teilnahme an der o.g. Sitzung/Veranstaltung  
ein Honorarausfall mindestens in Höhe der beantragten Honorarausfallentschädigung entstanden ist.

**Endsumme** €

Bitte um Überweisung:

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ BIC: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_