

**Debiteringsunderlag
HSL sjuksköterskeinsatser, arbetsterapeut,
boendestöd, hemtjänst, LOV**

Skickas till:
Taxe- och avgiftsnämnden
694 80 HALLSBERG
E-post: taxe.avgiftsnamnd@hallsberg.se

Kommun	Avdelning	Sjuksköterska	Arbetsterapeut	Boendestöd	Hemtjänst	LOV	Period
--------	-----------	---------------	----------------	------------	-----------	-----	--------

Namn	Personnummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa
Namn	Personnummer																																Summa

Underskrift

Ort och datum	Namn	Telefonnummer
E-post	Ska vara TAN tillhanda den 7:e i månaden	