Formular zurücksetzen

Ergänzungsleistungen Transportkosten

Name	Vorname	AHV-Nr.

Hinweis: Alle Transportkosten müssen belegt werden (z. B. Quittungen, Rechnungen etc.).

Name / Vorname	**Datum**	**Transportmittel**	**Name und Adresse med. Behandlungsort**	**Kilometer** (retour)	**Stempel medizinischer Behandlungsort** oder **Konsultationsbestätigung**	**Betrag** (in CHF)
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				

*** Leistungsabrechnung Krankenversicherung zwingend beilegen**
**** Nur zusammen mit Arztzeugnis prüfbar**

Bitte wenden →

8800306000000000000000

Ausgleichskasse Zug • IV-Stelle Zug *| Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug*
Telefon 041 560 47 00 • www.akzug.ch • info.el@akzug.ch

Name / Vorname	**Datum**	**Transportmittel**	**Name und Adresse med. Behandlungsort**	**Kilometer** (retour)	**Stempel medizinischer Behandlungsort** oder **Konsultationsbestätigung**	**Betrag** (in CHF)
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
		☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ Privatauto** ☐ Taxi** ☐ Fahrdienst*				
Total (in CHF)						CHF 0.00

*** Leistungsabrechnung Krankenversicherung zwingend beilegen**

**** Nur zusammen mit Arztzeugnis prüfbar**

Formular zurücksetzen