

## Antragsformular Fahrkostenerstattung Impfzentren

.....  
(Vorname, Name)

.....  
(Straße, Haus-Nr.)

.....  
(Postleitzahl, Wohnort)

.....  
(Impfzentrum)

.....  
(Name der Krankenkasse/-versicherung)

Regierungspräsidium Kassel  
Taxikostenerstattung Corona-Impfung  
Am Alten Stadtschloss 1  
34117 Kassel

Ich, ..... versichere:  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

- Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse einen Übernahmeanspruch für Krankenfahrten nach § 60 SGB V.
- Die Krankenkasse/-versicherung erstattet die Fahrtkosten zum Impfzentrum nicht.
- Es war mir nicht möglich, eigenständig, etwa mit einem eigenen Auto, zum Impftermin zu kommen.
- Kein Familienmitglied (Verwandschaft) oder Person aus dem Freundeskreis konnte mich fahren.

Ich habe die folgenden für die Antragsprüfung erforderlichen Anlagen beigefügt:

1. ärztliche Verordnung für eine Krankbeförderung
2. Kopie meines Schwerbehindertenausweises oder der Einstufung meines Pflegegrades
3. Taxiquittung(en) (für Hin- /Rückfahrt ins Impfzentrum zum Impftermin)
4. Kopie meines Impfausweises als Nachweis meiner Anwesenheit im Impfzentrum
5. Ablehnungsentscheidung meiner Krankenkasse/-versicherung (soweit vorhanden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben wahrheitsgemäß sind und ich zum Zwecke der Kostenerstattung mit der Verarbeitung meiner persönlichen Daten einverstanden bin. Ich bitte um Erstattung der Fahrtkosten auf das Konto:

IBAN DE \_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers (falls abweichend von Impfperson)

.....

.....  
(Wohnort, Datum)

.....  
(Unterschrift der Impfperson)