

**Absender:**

---

---

---

---

**Magistrat der Stadt Fulda  
Amt für Brand- / Zivilschutz und  
Rettungsdienst  
An St. Florian 4**

**36041 Fulda**

**Antrag auf Erstattung der Lohn- bzw. Gehaltsfortzahlung anlässlich des Einsatzes der  
Feuerwehr Fulda am: Datum: Ort:**

Herr / Frau			
Straße			
(PLZ) Wohnort			
ist in unserem / meinem Betrieb beschäftigt	als: seit:		
der Lohn/das Gehalt wurde von weitergezahlt	Uhr	Uhr	Stunden

**1. Lohn / Gehalt (Bruttoverdienst)**

	Tage bzw.	€	€
	Std.	€	€

**2. Arbeitgeberanteile zur**

a) Krankenversicherung ( %)	€	€
b) Angestr./Arbeiterrentenversicherung	€	€
c) Arbeitslosenversicherung	€	€
d) Pflegeversicherung	€	€
e)	€	€
<b>Summe</b>	<b>€</b>	<b>€</b>

**Bankverbindung**

Bank	IBAN	BIC

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift