Schulwegkostenfreiheit
Kostenerstattung für PKW-Nutzung

Landratsamt Ostallgäu

☐ Fahrgemeinschaft ☐ Teilstrecke ☐ Einzelfahrer ☐ Eltern fahren

Landratsamt Ostallgäu
SG 20 - Schülerbeförderung
Schwabenstraße 11
87616 Marktoberdorf

Tel.: 08342/911-0 Fax: 08342/911-563
www.ostallgaeu.de

Öffnungszeiten:
Montag, Mittwoch, Freitag 7:30 Uhr - 12:30 Uhr
Dienstag 7:30 Uhr - 16:00 Uhr
Donnerstag 7:30 Uhr - 17:30 Uhr
oder nach vorheriger Terminvereinbarung

--

Schuljahr **2026 / 2027**

Bitte reichen Sie den Antrag nach Ablauf des Schuljahres bis spätestens **31.10.2027** ein!

1 Persönliche Daten zur Schülerin / zum Schüler

Familienname _____ Straße, Nr. _____ _____

Vorname _____ PLZ _____

Geburtsdatum _____ Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

Es liegt eine Schwerbehinderung vor ☐ nein ☐ ja - bitte Nachweis (in Kopie) vorlegen.

2 Angaben zur Schule

Schule: _____ Klasse: _____ Fachrichtung: _____

PLZ/Ort der Schule _____

3 Die Antragstellerin / der Antragsteller ist

a ☐ **Schüler/in einer weiterführender Schule ab Klasse 11 mit Vollzeitunterricht**
(ausgenommen Fachoberschüler der Klasse 11 und Berufsschüler mit Praktikum)

b ☐ **Fachoberschüler/in** der Klasse 11 und **Berufsfachschüler/in** mit wechselweisem Praktikum

1. Praktikum von _____ bis _____ 2. Praktikum von _____ bis _____

3. Praktikum von _____ bis _____ 4. Praktikum von _____ bis _____

Ort des Praktikums _____
(genaue Adresse)

c **Berufsschüler/in**
Unterricht wöchentlich

1. ☐ einmal ☐ zweimal am _____ in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr

2. ☐ als Blockunterricht

© LRA Ostallgäu, Stand: 02/2026
Form.Nr. 20-204-SCHBEF05

Block 1 von _____ bis _____ Block 2 von _____ bis _____

Block 3 von _____ bis _____ Block 4 von _____ bis _____

Die Schülerin / der Schüler war während des Blockunterrichts

☐ auswärts untergebracht und zwar in
PLZ, Ort, Straße und Hausnummer _____

☐ nicht auswärts untergebracht

4 Haben Sie ein oder mehrere Geschwister, für das bzw. für die ebenfalls eine Kostenerstattung beantragt wird?

☐ nein ☐ ja wenn ja:

Name des Geschwisters _____ Schule _____ Klasse _____

Name des Geschwisters _____ Schule _____ Klasse _____

Name des Geschwisters _____ Schule _____ Klasse _____

➤Bitte die Anträge möglichst gemeinsam einreichen➤

Die Familienbelastung (Eigenbeteiligung) von 490 € pro Schuljahr soll

☐ bei diesem Antrag ☐ beim Antrag eines Geschwisters ☐ anteilig in Abzug gebracht werden.

☐ Eigenbeteiligung entfällt

☐ wegen Bezug von Kindergeld für drei oder mehr Kinder _____
bitte einen Nachweis über den Bezug des Kindergeldes vom **August des Schuljahr**es beilegen.

☐ wegen Bezug von Leistungen nach dem SGB II (Bürgergeld). Bitte entsprechenden Nachweis (Bescheid) vorlegen.

Bankverbindung auf die die Erstattung überwiesen werden soll:

Kontoinhaber: _____

Bank: _____ **IBAN:** DE __ ____ ____ ____ ____ __

BIC: _____ _____

Ich versichere, dass die auf dem Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und die eingetragenen Fahrten tatsächlich durchgeführt wurden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift (Erziehungsberechtigter bzw. vollj. Schüler)

Bestätigung der Schule

☐ Die Schülerin / Der Schüler besuchte die Klasse _____ an unserer Schule
vom _____ bis _____ an _____ von _____ Schultagen.

_____ _____
Ort, Datum, Unterschrift Schulstempel

Drucken Zurücksetzen