

# ANTRAG AUF MUTTERSCHAFTSGELD SELBSTSTÄNDIGE



## Daten zur Person

Name: ..... Vorname: .....  
Straße: ..... Hausnummer: ..... Briefkasten: ..... Index: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: ..... Land: .....  
Tel.: ..... E-Mail-Adresse: .....  
Nummer des Nationalregisters:

## SCHWANGERSCHAFTSBESCHEINIGUNG

Im Anhang finden Sie eine Bescheinigung meines behandelnden Arztes, auf der dieser meinen voraussichtlichen Entbindungstermin am .....  
(bitte das voraussichtliche Entbindungsdatum eintragen) bestätigt und bescheinigt, dass ich keine Mehrlinge/Mehrlinge erwarte  
(Unzutreffendes bitte durchstreichen).

## MUTTERSCHAFTSURLAUB - PFLICHTZEITRAUM

Ausgehend von meinem voraussichtlichen Entbindungstermin:

- \* beginnt der Pflichtzeitraum meines Mutterschaftsurlaubs am: .....  
(bitte das Datum des siebten Tags vor dem voraussichtlichen Entbindungstermin eintragen).
- \* endet der Pflichtzeitraum meines Mutterschaftsurlaubs am: .....  
(bitte das Datum des vierzehnten Tags nach dem voraussichtlichen Entbindungstermin eintragen).

FO - FRM100\_DG\_INA0219 (04.05.0010) - 0000001 - 16-12-2016 - Comform - v2

