ÄNGELHOLMS KOMMUN

År……. **Bilaga…..…....**

Månadsspecifikation av utgifter för…..……..…...……..……

	Hyra	Hemtjänst	Telefon	TV avgift	El 1	El 2	Radiotjänst	Försäkring	Överföring till HM			
Januari												
Februari												
Mars												
April												
Maj												
Juni												
Juli												
Augusti												
September												
Oktober												
November												
December												
Summa												