

# Out-of-Pocket Expenses Log

Donor name

| Date of expense | Type of expense<br>(travel, accommodation, parking, etc) | Details<br>(name of hotel, road toll, car hire details etc) | Amount                                                                                                                                                  | Evidence included*<br>(receipt, bank statement, statutory declaration) |
|-----------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 1/7/25          | Parking                                                  | Wilson Parking, Royal Melbourne Hospital                    | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 5 . <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2              | <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |

\*Any expense that does not align with a medical certificate and does not have a corresponding receipt - will not be included in reimbursement calculations.

| Date of expense | Type of expense<br>(travel, accommodation, parking, etc) | Details<br>(name of hotel, road toll, car hire details etc) | Amount                                                                                                                                                  | Evidence included*<br>(receipt, bank statement, statutory declaration) |
|-----------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |
|                 |                                                          |                                                             | \$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No               |

\*Any expense that does not align with a medical certificate and does not have a corresponding receipt - will not be included in reimbursement calculations.