

Business Expense Claim Sheet

Employee Name

Department

Claim Period

e.g. June 1-7, 2024

Date Submitted

Date	Description	Category	Amount	Receipt?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes/No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes/No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes/No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes/No
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yes/No
Total				

Employee Signature

Date

Manager Approval

Date

