

Skadenummer

Jag ansöker betalningsförbindelse för

fysikalisk vård (Obs! bifoga läkarordination)

undersökning och vård

läkemedel

hjälpmedel

som jag behöver på grund av min ersatta skada/sjukdom

Närmare information / motivering

Jag anhåller betalningsförbindelse för

fotvård tre gånger per kalenderår

DEN SÖKANDES PERSON- UPPGIFTER	Släktnamn		Personbeteckning									
	Förnamn		Telefon									
	Näradress											
	Postnummer	Postanstalt										
BANK OCH KONTO- NUMMER	Bank och kontonummer											

UNDER- SKRIFT	Ort och datum	Sökandes underskrift
		Namnförtydligande

Blanketten skickas till Statskontoret till adressen:
Statskontoret, Militärskade- och veteranärenden, PB 60, 00054 STATSKONTORET