

Vahinkonumero

**Haen korvausta oheisista maksamistani laskuista, jotka ovat aiheutuneet**

korvatun vammani tai sairauteni hoidosta (sotilasvammalain 6 §)

jalkahoidosta (enintään kolme kertaa kalenterivuodessa)

pienapuvälineestä (hinta enintään 120 euroa)

<b>HAKIJAN TIEDOT</b>	Sukunimi		Henkilötunnus									
	Etunimet		Puhelin									
	Lähiosoite											
	Postinumero	Postitoimipaikka										
<b>PANKKI JA TILI- NUMERO</b>	Pankki ja tilinumero											

<b>ALLE- KIRJOITUS</b>	Paikka ja päiväys	Hakijan allekirjoitus
		Nimenselvennys

<b>LIITTEET</b>	_____ kpl
-----------------	-----------

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin osoitteella:  
Valtiokonttori, Sotilasvamma- ja veteraanasiat, PL 250, 00054 VALTIOKONTTORI  
tai [turvapostilla](#) (vaatii kirjautumisen)