

Vahinkonumero

**Haen maksusitoumusta korvatun vammani/sairauteni vuoksi tarvitsemaani**

fysikaalista hoitoa varten (hoitomääräys oltava liitteenä)

tutkimusta ja hoitoa varten

lääkettä varten

apuvälinettä varten

Lisätietoja / perustelu

**Haen maksusitoumusta**

jalkahoitoon kolme kertaa kalenterivuodessa

<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

Hakemus toimitetaan Valtiokonttoriin osoitteella:  
Valtiokonttori, Sotilasvamman- ja veteraaniaasiat, PL 60, 00054 VALTIOKONTTORI