

ILMOITTAJA	Kunta / Kuntayhtymä
	Osoite
	Puhelin

SOTA- INVALIDI	Sukunimi	Henkilötunnus
	Etunimet	Vahinkonumero
	Osoite	

JÄRJESTETTY HOITO	Laitoshoito	Laitoksen nimi
	Pitkäaikaishoitopäätös	Alkaen
	Laitoksen nimi	
	Lyhytaikainen kuntouttava laitoshoido	Laitoksen nimi
	Hoidon alkamispäivämäärä	Hoidon päättymispäivämäärä
	Poissa laitoshoidosta	
	Lisätietoja (esim. hoidon alkamisen, päättymisen ja poissaolon syy)	

ALLE- KIRJOITUS	Paikka ja päiväys	Allekirjoitus ja virka-asema
		Nimen selvennys

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