STATSKONTORET
Militärskade- och veteranärenden

ANMÄLAN TILL STATSKONTORET OM INSTITUTIONSVÅRD FÖR KRIGSINVALID

Skriv ut blanketten | Töm blanketten

ANMÄLARE	Kommun / Samkommun	
	Adress	
	Telefon	

KRIGSINVALID	Släktnamn	Personbeteckning | | | | | | | - | | | | |
	Förnamn	Skadenummer
	Adress	

UPPGIFTER OM VÅRDEN	☐ Institutionsvård	Institution
	☐ Beslut om långtidsvård	Från och med
	Institution	
	☐ Kortvarig rehabiliterande institutionsvård	Institution
	Begynnelsedag	Avslutningsdag
	☐ Uteblivit från institutionsvård	
	Ytterligare information (t. ex. om orsaker till att vården inletts och avslutas eller att personen i fråga uteblivit)	

UNDER-SKRIFT	Ort och datum	Underskrift och tjänsteställning Namnförtydligande

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