

מדינת ישראל

אגף שיקום נכים - אגף שיקום נכים

טופס בקשה להחזר הוצאות נסיעה לטיפול רפואי

שם משפחה	שם פרטי	מס' תיק	דרגת נכות
מען:			נפח סמ"ק

אבקשכם להחזיר לי הוצאות נסיעה לטיפול רפואי לחודש _____.

הריני מצהיר בזאת שהנסיעות בוצעו: ☐ ברכב פרטי, ☐ בתחבורה ציבורית.

מצורפים בזאת האישורים הדרושים.

תאריך הנסיעה	מטרת הנסיעה	ממקום	למקום	פירוט ההוצאות*		
				תחבורה ציבורית	מס' ק"מ ברכב רפואי	מס' ק"מ ברכב פרטי

* בטור "תחבורה ציבורית" יצויינו הוצאות הנסיעה בתחבורה ציבורית לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי. הטור "מס' ק"מ ברכב רפואי" מיועד לזכאים בעלי רכב רפואי ובו יצויין מס' בקילומטרים לכל נסיעה. הטור "מס' ק"מ ברכב פרטי" מיועד לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי ונסעו לטיפול ברכבם הפרטי.

אני מצהיר על נכונות הנתונים

תאריך

חתימה

*יש לחתום רק באם שולחים באופן לא מקוון

כתובת אתר האינטרנט www.shikum.mod.gov.il

המוקד הטלפוני – מס' טל' 03-7776777 מוקד החזר הוצאות נסיעה – מס' פקס 073-3233328
כתובת: משרד הביטחון, אגף שיקום נכים, מוקד החזר הוצאות נסיעה, רח' ז'בוטינסקי 94 פתח תקווה, מיקוד 4959521