

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 ברכבי הפרטי בהתאם לאישור מיוחד של הרופא המוסמך.
 מצורפים בזאת האישורים הדרושים.

| תאריך הנסיעה | מטרת הנסיעה | למקום | ממקום | פירוט ההוצאות* | | |
|--------------|-------------|-------|-------|----------------|--------------------|-------------------|
| | | | | תחבורה ציבורית | מס' ק"מ ברכב רפואי | מס' ק"מ ברכב פרטי |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | סה"כ | שקל | ק"מ | ק"מ | ק"מ |

* בטור "תחבורה ציבורית" יצויינו הוצאות נסיעה 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 באישור מפורט של הרופא המוסמך.

חתימת המבקש

תאריך

למילוי ע"י מרפאת המחוז:

הריני לאשר בזאת כי התשלום נבדק ואושר בהתאם להוראות הרופא המוסמך המצויות בתיק הרפואי.

חתימה

תפקיד

שם העובד

תאריך