

**KÉRELEM**  
**települési gyógyszer támogatás megállapítására**

**A kérelmező személyre vonatkozó adatok:**

Neve: .....

Születési ..... neve:

Anyja ..... neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap): .....

Lakóhelye: .....

Tartózkodási ..... helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

Állampolgársága: .....

Telefonszám (nem kötelező megadni): .....

**A családra vonatkozó adatok**

A kérelmező családi körülménye:

- egyedül élő,  
 nem egyedül élő.

A kérelmező családjában élők száma : ..... fő.

A kérelmező családjában élők adatai:

	A	B	C	D	E	F
	neve (születési neve)	Anyja neve	Születési helye, ideje (év, hó, nap)	Társadalombiztosítási Azonosító Jele	Családi kapcsolat megnevezése	Megjegyzés*
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

***Nyilatkozatok***

Támogatási kérelmemhez az alábbi igazolásokat csatolom:

1. háziorvosi igazolás a gyógyszerkiadásokról
2. szakorvosi igazolás a gyógyszerkiadásokról

Igazolt gyógyszereimet rendszeresen szedem / időszakosan szedem.

Tudomásul veszem, hogy a megítélt támogatás összegével névre szóló gyógyszertári számlával a támogatás kézhezvételét követő 8 napon belül köteles vagyok elszámolni. Tudomásul veszem továbbá, hogy amennyiben elszámolási kötelezettségemnek nem teszek eleget, úgy a rendszeres támogatás azonnal megszüntethető, és 1 évig jelen támogatásra nem leszek jogosult.

Sellye, .....

.....  
kérelmező aláírása