

K É R E L E M
Gyógyszer támogatás megállapítása iránt

Alulírott kérem, hogy részemre gyógyszer támogatást folyósítsanak, mivel az általam szedett gyógyszer kifizetése nehézséget jelent számomra.

ADATAIM:

Név:

Születési név:

Születési hely és idő:

Anyja neve:

Lakóhely, tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy

- a) életvitelszerűen a lakóhelyemen/ a tartózkodási helyemen élek (a megfelelő rész aláhúzendó),
- b) a közölt adatok a valóságnak megfelelnek.

Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a települési támogatás megállapítása iránti eljárás során történő felhasználásához

Kérelem benyújtásához szükséges mellékletek:

- **Jövedelemnyilatkozat**
- **Vagyonynyilatkozat**
- **Gyógyszertári számla vagy orvosi rendelvény és gyógyszertári bizonylat**

Kelt:, 20.....

.....
kérelmező