

## Igazolás

az eseti és rendszeres települési gyógyszer támogatás megállapításához

(házi orvos tölti ki)

### I. Igazolom, hogy

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely:.....  
Tartózkodási hely:.....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:.....

kérelmező által gyógyszer támogatás megállapítása iránt benyújtott kérelme

megalapozott

nem megalapozott.

**II. Rendszeres gyógyszer támogatás** igénylése esetén igazolom a gyógyszerkiadások, vagy a betegséghez kapcsolódó egyéb kiadások 3 hónapot meghaladó szükségességét.

Kelt: Segesd, .....

P.H.

.....  
házi orvos aláírása