

**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