

3. melléklet a 4/2021. (I. 29.) önkormányzati rendelethez

**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